

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN
OLIGOHDAMNION
DI RUANG BERSALIN RSUD PROF.DR.W.Z.JOHANES KUPANG
TANGGAL 05-07 JULI 2017**



**OLEH
RESYMEGA S. WADU BIRE
142111111**

**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN
OLIGOHYDRAMNION**

DI RUANG BERSALIN RSUD PROF.DR.W.Z.JOHANES KUPANG

TANGGAL 05-07JULI 2017

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



OLEH

RESYMEGA S. WADU BIRE

142111111

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

CITRA HUSADA MANDIRI

KUPANG

2017

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Multigravida Dengan Oligohidramnion di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Tanggal 05 juli s/d 07juli 2017” adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, septemeber 2017

Yang menyatakan

Resymega S. WaduBire

Nim: 142 111 111

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN OLIGOHDIDRAMNION DI RUANG BERSALIN RSUD PROF. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG ”**, telah disetujui untuk diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa atas nama: Resymega S. Wadu Bire, NIM: 142111111 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, Agustus 2017

Menyetujui,

Pembimbing I



Ummu Zakiah, SST, M.Keb

Pembimbing II



Yohana F. L. Ladjar, SST

Mengetahui,

Ketua

STIKes CHM-Kupang



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua

Program Studi D III Kebidanan
STIKes CHM-Kupang



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

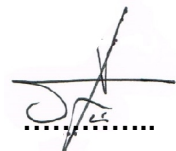
LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN OLIGOHDIDRAMNION DI RUANG BERSALIN RSUD PROF. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG ”**, Telah disetujui untuk diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa atas nama: Resymega Satria Wadu Bire, NIM: 142111111 Program studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim pengujian Karya Tulis Ilmiah pada tanggal, 02 september 2017.

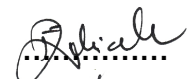
Kupang, September 2017

PanitiaPenguji

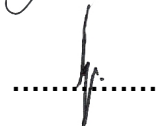
Ketua : Florentianus Tat, S.Kp, M.Kes



Anggota 1. Ummu Zakiah, SST, M.Keb




2. Yohana F. L. Ladjar, SST



Mengetahui,

**Ketua
STIKes CHM-Kupang**


drg. Jeffrey Jap, M.Kes

**Ketua
Program Studi D III Kebidanan
STIKes CHM-Kupang**


Ummu Zakiah, SST., M.Keb

ABSTRAK

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang
Jurusan Kebidanan Kupang
Laporan Tugas Akhir Studi Kasus Juli 2017**

**Asuhan Kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan Oligohidramnion
Di Ruang Bersalin RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang
Tanggal 05-07 Juli 2017**

Latar Belakang : Berdasarkan data yang didapat di RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang dari 1 januari sampai dengan 7 desember 2016 jumlah kasus oligohidramnion sebanyak 337 ibu, jumlah persalinan normal 663 ibu.

Tujuan : Tujuan studi kasus untuk melaksanakan Asuhan Kebidanan dengan pendekatan manajemen Kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan Oligohidramnion.

Metodologi Penelitian : Metode yang digunakan adalah penelitian deskriptif, populasi semua ibu bersalin dengan Oligohidramnion di Ruang Bersalin RSUD Prof.Dr. W. Z. Johannes Kupang, Sampel seorang intrapartal dengan Oligohidramnion di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Hasil : Berdasarkan asuhan yang dilakukan, yang dimulai dengan pengumpulan data sampai dengan evaluasi yaitu dilakukan pertolongan persalinan secara normal dan bayi lahir dengan baik, bayi lahir hidup langsung menangis, gerakan aktif, jenis kelamin laki-laki, berat lahir 2700 gram, KU ibu baik, kontraksi uterus baik, PPV \pm 50 cc, TTV normal.

Kesimpulan : Oligohidramnion adalah keadaan dimana volume air ketuban kurang dari normal yaitu kurang dari 500 ml. Dimana akan menyebabkan terhentinya perkembangan paru-paru (paru-paru hipoplastik), sehingga pada saat lahir paru-paru tidak berfungsi sebagaimana mestinya.

Evaluasi pada tanggal 07 juli 2017 pasien pulang, KU ibu dan bayi baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, PPV sedikit kontraksi uterus baik, dan pada bayi tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat, control ulang tanggal 10 juli 2017.

Kata kunci : Inpartu dengan Oligohidramnion.

BIODATA PENULIS

Nama : Resymega S. Wadu Bire

TTL : Depe , 29 September 1995

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Depe,

KecamatanSabu Barat

KabupatenSabu Raijua

Provinsi Nusa Tenggara Timur

RiwayatPendidikan

1. Tahun 2008 : Tamat SD GMIT Depe
2. Tahun 2011 :Tamat SMP Negeri 3 Sabu Barat
3. Tahun 2014 : Tamat SMA N.1 Sabu Barat
4. Tahun 2014-sekarang : Sedang Menyelesaikan Pendidikan
Diploma III Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang

MOTTO

Saat Aku Melibatkan
"TUHAN"
Dalam Semua ImpianKU
Aku percaya
Tidak ada yang Tidak Mungkin

KARYA TULIS INI SAYA PERSEMBAHKAN UNTUK AYAH TERCINTA
STEPANUS WADU BIRE DAN MAMA TERCINTA LIBERTINA KOLO PAU,
OPA, OMA, OM, TANTA, KAKAK EL, KAKAK WHAN, ADIK-ADIKKU EVA,
YUS, ALDY, KRISTIN, FINA, ALVA, MARTIN, JUAN, NOBERT, OSY,
NINE, TEMAN-TEMANKU NEFRI, SARI, ASRI, INDA, YANSRI,
FRISHA, VEBI, JELI DAN SEMUA KEBIDANAN C ANGKATAN VII DAN
ALMAMATERKU TERCINTA STIKES CHM-K

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan Rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDADENGAN OLIGOHDAMNIONDI RUANG BERSALIN RSUD PROF. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG”** dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan Tugas Akhir ini disusun dengan maksud untuk mepeoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini, perkenankanlah Penulis mengucapkan Terima Kasih yang sebesar-besarnya kepada Ummu Zakiah, SST, M.keb selaku pembimbing I dan Yohana F.L. Ladjar, SST selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing Penulis sehingga terselesainya Laporan Tugas Akhir ini. Pada kesempatan ini ijinkan Penulis menyampaikan ucapan Terima Kasih kepada :

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri yang telah memberi kesempatan kepada Penulis untuk menimba Ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. Drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengizinkan Penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
3. Ummu Zakiah, SST, M.Keb selaku Ketua Prodi Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengijinkan Penulis melakukan penelitian.
4. Drg. Dominggus Minggu, M.Kes. selaku Direktur RSUD Prof. Dr. W.Z. Johanes Kupang, yang telah bersedia memberikan ijin kepada Penulis dalam pengambilan data dan Laporan Tugas Akhir.

5. Seluruh Dosen dan Staf Prodi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberikan suport kepada penulis.
 6. Perpustakaan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah menyediakan literatur yang Penulis perlukan.
 7. Ny. E.M.R dan Keluarga , yang telah bersedia menjadi responden untuk pengambilan studi kasus.
 8. Bapa dan Mama tersayang, kakak dan adik-adikKu yang tersayang (kk EL, KK yani, Kk Whan, eva, yus, aldy, Kristin, fina, alva, martin, nobert, juan,osi,nain) yang selalu memberikan dukungan dan selalu menjadi motivator
 9. Teman-teman Mahasiswi Prodi Kebidanan Angkatan VII dan Sahabat-sahabat Tercinta yang selalu memberikan dukungan
- Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu Penulis membuka saran demi kemajuan dan kesempurnaan Laporan Tugas Akhirini. Penulis berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan bagi Tenaga Kesehatan lain pada kasusnya.

Kupang Agustus 2017

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	ii
Lembar Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Pengesahan Penguji.....	v
Biodata Penulis.....	vi
Motto dan Persembahan.....	vii
Abstrak	viii
Kata Pengantar.....	ix
Daftar Isi	xi
Daftar Gambar	xiii
Daftar lampiran	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan.....	2
1.4 Manfaat Penelitian	3
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	4
2.1 Konsep Dasar Persalinan	4
2.2 Konsep Dasar Oligohidramnion	15
2.3 Konsep Dasar Induksi Persalinan	24
2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan Oligohidramnion	27

BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	37
3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian	37
3.2 Kerangka Kerja (frame work)	38
3.3 Waktu dan tempat penelitian.....	39
3.4 PopulasidanSampel.....	39
3.5 Pengumpulan Data Dan Analisa Data.....	39
3.6 Etika Penelitian	41
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	43
4.1 HasilPenelitian	43
4.2 Penbahasan	57
BAB V PENUTUP	63
5.1 Simpulan.....	63
5.2 Saran.....	64
DAFTAR PUSTAKA.....	66
Lampiran	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.2. Kerangka Kerja Penelitian.....	38
--	----

DAFTAR SINGKATAN

LILA	: lingkaran Lengan Atas
TD	: Tekanan Darah
RR	: Rate Respirasi
N	: Nadi
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
Cm	: Centimeter
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
°C	: Derajat Celcius
WHO	: World Health Organization
KIE	: Konseling Informasi Edukasi
Hb	: Hemoglobin
RL	: Ringer Laktat
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
DJJ	: Denyut Jantung Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
Tgl	: Tanggal
Ny	: Nyonya
Tn	: Tuan
UK	: Usia Kehamilan
R	: Rasional
PPV	: perdarahan pervaginam

RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
TTV :Tanda-Tanda Vital
IUGR : Intra Uterin Growth Retardation

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu). Lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Sujiatini, 2010). Salah satu resiko yang menghambat terjadinya persalinan adalah oligohidramnion.

Oligohidramnion adalah salah satu keadaan dimana air ketuban sangat sedikit yakni berkurang dan normal yaitu kurang dari 500cc (Marmidkk, 2011). Dimana akan menyebabkan terhentinya perkembangan paru-paru (paru-paru hipoplastik), sehingga pada saat lahir paru-paru tidak berfungsi sebagaimana mestinya.

Di Indonesia berdasarkan data survey demografi kesehatan indonesia (SDKI) tahun 2007 angka kematian ibu 228/100.000 kelahiran hidup, angka kematian bayi 34/100.000 kelahiran hidup, angka kematian neonatus 19/1000 kelahiran hidup, angka kematian balita 44/1000 kelahiran hidup (Kemenkes,2010). Berdasarkan data yang didapat di RSUD Prof. DR. W.Z.Johanes Kupang tahun 2016 dari 1 januari s/d 07 desember 2016 jumlah kasus oligohidramnion sebanyak 337 ibu, jumlah persalinaan 663 ibu. Penanganan yang cepat dan tepat terhadap masalah oligohidramnion sangat diperlukan terutama pada kehamilan aterm.

Penyebab oligohidramnion belum diketahui dengan jelas namun diduga adanya penyebab primer dan sekunder, penyebab primer karena pertumbuhan amnion yang kurang baik, sedangkan sekunder ketuban pecah

dini (Marmi, dkk, 2011). Komplikasi Oligohidramnion adalah bila terjadi pada permulaan kahamilan maka janin dapat menderita cacat bawaan dan pertumbuhan janin dapat terganggu bahkan bisa terjadi partus prematurus yaitu picak seperti kertas kusut karena janin mengalami tekanan dinding rahim, bila terjadi pada kehamilan lebih lanjut dapat terjadi cacat bawaan karena tekanan kulit jadi kering. Masalah kehamilan dengan oligohidramnion adalah pada ibu akan terjadi persalinan yang tidak sesuai dengan proses yang semestinya yaitu Partus lama, dan pada janin yaitu resiko terjadinya hipoksia janin yang berhubungan dengan kompresi-kompresi tali pusat.

Bidan merupakan salah satu tenaga dari tim pelayanan kesehatan yang keberadaannya paling dekat dengan ibu mempunyai peran penting dalam mengatasi masalah melalui asuhan kebidanan. Dalam melaksanakan asuhan kebidanan, dituntut memiliki wawasan yang luas, terampil dan sikap profesional. Tindakan yang kurang tepat dapat menimbulkan komplikasi. Berdasarkan data yang didapat dan masih banyak kehamilan dengan oligohidramnion maka penulis tertarik untuk melakukann studi kasus tentang “Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Multigravida dengan Oligohidramnion Di Ruang Bersalin RSUD Prof DR. W.Z Johanes Kupang”.

1.2 Rumusan Masalah

Mengacu pada latar belakang yang telah diuraikan di atas maka asuhan kebidanan sangat dibutuhkan untuk menangani persalinan dengan oligohidramnion. Oleh karena itu dalam studi kasus ini rumusan masalahnya adalah “Bagaimana Asuhan Kebidanan dengan pendekatan Manajemen

Kebidanan pada intrapartal multigravida dengan Oligohidramnion di Ruang Bersalin (VK) RSUD Prof DR. W.Z Johannes Kupang ?”

1.3 Tujuan Studi Kasus

I. Tujuan Umum

Untuk melakukan Asuhan Kebidanan dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan Oligohidramnion.

II. Tujuan Khusus

Dengan penelitian ini penulis mampu :

- a. Melaksanakan pengkajian data pada Intrapartal Multigravida dengan Oligohidramnion di RSUD Prof DR. W.Z Johannes Kupang.
- b. Menentukan analisa masalah dan diagnosa pada Intrapartal multigravida dengan oligohidramnion di RSUD Prof DR. W.Z Johannes Kupang.
- c. Menentukan Diagnosa Masalah Potensial pada Intrapartal Multigravida dengan Oligohidramnion di RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang
- d. Melakukan Tindakan segera pada IntraPartal Multigravida dengan Oligohidramnion di RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang
- e. Menyusun rencana tindakan Asuhan Kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan Oligohidramnion di RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang
- f. Melaksanakan Asuhan Kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan oligohidramnion di RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang
- g. Melakukan evaluasi Asuhan Kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan oligohidramnion di RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang

- h. Membandingkan atau menganalisa antara teori dan pelaksanaan asuhan pada Intrapartal Multigravida dengan Oligohidramnion.

1.4 Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Peneliti

Meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman secara langsung sekaligus penanganan dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama di Akademik, serta menambahkan wawasan dalam penerapan proses Manajemen Asuhan Kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan Oligohidramnion.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Studi kasus ini dapat digunakan sebagai sarana kepustakaan dan menambah informasi mahasiswa dalam melaksanakan Asuhan Kebidanan terhadap Intrapartal Multigravida dengan oligohidramnion.

3. Bagi Tenaga Kesehatan

Studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam memberikan pelayanan kesehatan agar lebih memperhatikan kondisi biopsikososial spiritual khususnya pada ibu dengan Oligohidrmnion.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau uri) yang telah cukup bulan atau hidup diluar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba, 2010). Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-40 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala. Tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. (Sujiatini, 2010).

Persalinaan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi dari rahim ibu melalui jalan lahir atau dengan jalan lain, yang kemudian janin dapat hidup ke dunia luar, persalinan melalui sejak uterus berkontraksi, sehingga menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Rohani, 2011).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Sujiatini, 2010)..

Definisi persalinan menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah sejak awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi

belakang kepala pada usia kehamilan antara 37-42 minggu. Setelah persalinan ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

Jadi persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika proses terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa ada disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (Marmi,2011) .

2.1.2 Klasifikasi Persalinan

Ada 2 klasifikasi persalinan, yaitu berdasarkan cara dan usia kehamilan.

1. Jenis persalinan berdasarkan cara persalinan.

1) Persalinan spontan

Persalinan dikatakan spontan jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir (Marmi,2011). Sedangkan menurut Manuaba (2010) persalinan spontan terjadi bila seluruh prosesnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri. Persalinan normal disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri,

tanpa bantuan alat-alat dan tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Mochtar, 1998).

2) Persalinan buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forcep atau dilukai dengan operasi seksio saesarea (Sarwono,2010) dan persalinan buatan adalah bila proses persalianan dengan tenaga dari luar (Manuaba 2010).

3) Perasalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah apabila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin (Sarwono,2010). Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan (Manuaba, 1998).

2. Menurut usia kehamilan dan berat janin yang dilahirkan menurut Mochtar (1998).

a) Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum berusia 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram.

b) Partus immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

c) Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 dan 2499 gram.

d) Partus maturus atau aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.

e) Partus posmaturus atau partus serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu.

2.1.3 Etiologi Persalinan

Penyebab terjadinya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah merupakan teori-teori yang kompleks antara lain ditemukan faktor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh prostaglandin, pengaruh tekanan syaraf dan nutrisi (Manuaba, 2010).

a. Teori penurunan hormonal

Saat sampai dua minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun.

b. Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim. Sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta.

c. Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (fleksus frankenhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

d. Teori plasenta menjadi tua

Tua dapat menyebabkan turunya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim (Marisah, dkk, 2011).

e. Induksi Partus

Partus dapat pula ditimbulkan dengan jalan: Rangsang laminaria, amniotomi, dan oksitosin drip (Marmi, 2011).

f. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan (Manuaba, 2010).

g. Teori berkurangnya nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh hipokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan (Marisah, dkk, 2011).

2.1.4 Tanda-tanda persalinan

1. Menurut Varney (2007), tanda-tanda persalinan adalah sebagai berikut:

- a. Lightening atau setting atau doppler yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida.
- b. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- c. Perasaan sering kencing (polikisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

- d. Perasaan sakit perut dan pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya fleksus frankenhauser yang terletak pada sekitar serviks (tanda persalinan false-false labour pains).
 - e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar karena terdapat kontraksi otot rahim.
 - f. Terjadi pengeluaran lendir, dimana lendir penutup serviks dilepaskan dan biasa bercampur darah (*bloody show*).
2. Tanda-tanda Inpartu sebagai berikut:
- a. Kekuatan dan rasa sakit oleh adanya his datang lebih kuat, sering dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
 - b. Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
 - c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
 - d. Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks, pelunakannya, pendataran dan terjadinya pembukaan serviks.

2.1.5 Faktor-faktor yang penting dalam persalinan

Faktor-faktor yang penting dalam persalinan menurut Manuaba (2007) yaitu sebagai berikut:

1. Power (kekuatan mendorong janin keluar) terdiri dari:
 - a. His (kontraksi uterus) merupakan kontraksi dan relaksasi otot uterus yang bergerak dari fundus ke korpus sampai dengan ke serviks secara tidak sadar.
 - b. Kontraksi otot dinding rahim
 - c. Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan

2. Passanger meliputi
 - a. Janin
 - b. Plasenta
3. Passage (jalan lahir) terdiri dari:
 - a. Jalan lahir keras yaitu tulang panggul (os coxae, os sacrum dan os coccygis).
 - b. Jalan lahir lunak: yang berperan dalam persalinan adalah segmen bawah rahim, serviks uteri dan vagina, juga otot-otot jaringan ikat dan ligamen yang menyokong alat urogenital.
4. Psikis ibu (penerimaan ibu atas kehamilannya dikehendaki atau tidak).
 - a. Penerimaan ibu terhadap jalannya perawatan ANC dan petunjuk persiapan dalam menghadapi persalinan.
 - b. Kemampuan untuk kerja sama dengan penolong persalinan
5. Penolong persalinan
 Meliputi pengalamannya dalam memimpin persalinan, kesabaran dan pengertiannya dalam menghadapi pasien terutama pada primipara.

2.1.6 Perubahan fisik dalam persalinan

Perubahan yang terjadi pada setiap kala persalinan secara fisik dan psikis Wiknjosastro (2002) yaitu:

1. Kala I (pembukaan)
 Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir darah, karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*) kala dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm) lamax kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan pada multigravida sekitar \pm 8 jam.

Kala I pembukaan dibagi menjadi 2 fase:

- a. Fase laten : pembukaan serviks sampai ukuran 3 cm selama 8 jam
- b. Fase aktif : berlangsung +6 jam, dibagi menjadi 3 sub fase:
 1. Periode akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 2. Pembukaan dilatasi maksimal selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 3. Periode deselerasi berlangsung lambat, selama 2 jam, pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

2. Kala II (kala pengeluaran janin)

Pada kala ini his terkoodinir, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali kepala janin telah masuk keruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin mengedan, karena tekanan pada rectum, ibu seperti mau buang air besar, dengan tanda anus membuka, perineum meregang. Dengan kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi: kepala membuka pintu, dahi, hidung, mulut dan muka dan seluruhnya, diikuti dengan putaran paksi luar yaitu penyesuaian kepala dan punggung, setelah itu sisa air ketuban. Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit, multigravida 30 menit (Manuaba, 2007).

3. Kala III (kala pengeluaran uri)

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6

sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah (Wikjosastro,2006).

Waktu yang paling kritis untuk mencegah perdarahan post partum ketika plasenta lahir dan segera setelah itu. Ketika plasenta atau selaput terlepas tetapi tidak keluar, maka perdarahan terjadi di belakang plasenta hingga uterus tidak dapat sepenuhnya berkontraksi karena plasenta masih di dalam. Kontraksi pada otot uterus merupakan mekanisme fisiologi yang menghentikan perdarahan. Begitu plasenta lepas, jika ibu tidak dapat melahirkan sendiri atau petugas tidak dapat menolong mengeluarkan plasenta mungkin salah diagnosis sebagai retensi plasenta. Seringkali plasenta terperangkap dibawah servik dan hanya diperlukan sedikit dorongan untuk mengeluarkannya (Saiffudin,2006).

Manajemen aktif kala III persalinan mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan post partum. Manajemen aktif kala III menurut Saiffudin (2006) terdiri dari:

- a. Memberi oksitosin 10 unit IM, dapat merangsang uterus berkontraksi juga mempercepat pelepasan plasenta. Oksitosin 10 unit IM dapat diulangi setelah 15 menit jika plasenta masih belum lahir, jika oksitosin tidak tersedia, rangsang putting payudara ibu atau berikan ASI bayi untuk menghasilkan oksitosin alamiah.
- b. Melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT) yang dilakukan selama uterus berkontraksi. Hal ini dapat diulangi sampai plasenta terlepas.

- c. Massase fundus segera setelah plasenta dan selaputnya dilahirkan agar menimbulkan kontraksi. Hal ini dapat mengurangi pengeluaran darah dan mencegah perdarahan post partum.

4. Kala IV

Masa postpartum merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum. Masa postpartum merupakan ssat paling kritis untuk mencegah kematian, disebabkan karena perdarahan. Selama kala IV, petugas harus memantau ibu tiap 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil maka harus dipantau lebih sering (Saiffudin,2006).

2.1.7 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

Lima benang merah pada persalinan Marmi, dkk (2011)

a. Membuat keputusan klinik

Adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan ibu dan bayi baru lahir.

b. Asuhan sayang ibu

Adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan san ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

c. Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam setiap aspek asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Upaya untuk menurunkan resiko terjangkit atau terinfeksi mikroorganisme yang menimbulkan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan cara pengobatannya, seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

d. Pencatatan (Dokumentasi)

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

e. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu kefasilitas kesehatan rujukan atau yang memiliki sarana yang lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan bayi. Sangatlah sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi, sehingga kesiapan merujuk ibu dan bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu mendapat pelayanan ditempat rujukan (Depkes,2008).

2.2 KONSEP DASAR OLIGIHIDRAMNION

2.2.1 Air Ketuban

1. Pengertian

Selaput ketuban merupakan jaringan vaskuler yang lentur tetapi kuat, bagian dalam selaput berhubungan dengan cairan yang merupakan jaringan sel kuboid yang asalnya ectoderm (Sarwono, 2009).

Jumlah air ketuban dalam batas normal adalah 2 liter, warna putih kekeruhan karena adanya lanugo dan verniks kaseosa. Asal air ketuban adalah dari kencing janin (fetal urine), transudasi dari darah ibu, sekresi epitel amnion dan asal campuran (mixed origin). (Esti Nugraheni, 2010). volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira 1000-1500cc. air ketuban berwarna putih keruh berbau amis dan berasa manis. Reaksinya agak alkalis dan netral, dengan berat jenis 1,008. Komposisinya terdiri dari 98% air, sisanya albumin, urea, rambut lanugo, verniks kaseosa dan garam anorganik (Nugroho, 2010).

2. Asal air ketuban menurut Sarwono (2009).

- a) kencing janin (fetal urine)
- b) transudasi dari darah ibu
- c) sekresi dari epitel amnion
- d) asal campuran (mixed origin)

3. Fungsi Air Ketuban menurut Sarwono (2009).

Air ketuban memiliki beberapa fungsi yang penting diantaranya:

- a) Melindungi bayi dari trauma
- b) Terjepitnya tali pusat
- c) Menjaga kestabilan suhu dalam rahim
- d) Melindungi dari infeksi
- e) Membuat bayi bisa bergerak sehingga otot-ototnya berkembang dengan baik serta membantu perkembangan saluran cerna dan paru janin.

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat diambil kesimpulan air ketuban adalah cairan berwarna putih, keruh, berbau amis, dan berasa manis, cairan ketuban berasal dari kencing janin, transudasi dari darah ibu sekresi epitel amnion dan asal campuran (Marmi, 2011).

2.2.2 Oligohidramnion

1. Pengertian

Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban sangat sedikit atau kurang dari normal yaitu kurang dari 500cc (Marmi dkk, 2011). Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari $\frac{1}{2}$ liter Volume air ketuban meningkat secara stabil saat kehamilan, volumenya sekitar 30 cc pada 10 minggu dan mencapai puncak 1 liter pada 34-36 minggu, yang selanjutnya berkurang. Rata-rata sekitar 800 cc pada akhir trimester pertama sampai pada minggu ke-40. Berkurang lagi

menjadi 350 ml pada kehamilan 42 minggu, dan 250 ml pada kehamilan 43 minggu. Tingkat penurunan sekitar 150 ml atau minggu pada kehamilan 38 sampai 43 minggu. Mekanisme perubahan tingkat produksi amniotic fluid volume belum diketahui dengan pasti, meskipun diketahui berhubungan dengan aliran keluar sampai masuk cairan amnion pada proses aktif. Cairan amnion mengalami sirkulasi dengan tingkat pertukaran sekitar 3600 ml (Sujiatini dkk, 2009).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat diambil kesimpulan Oligohidramnion adalah keadaan dimana volume air ketuban kurang dari normal yaitu kurang dari 500 ml, oligohidramnion biasanya terjadi pada usia kehamilan 38-42 minggu (Marmi dkk, 2011).

Ada 3 faktor utama yang mempengaruhi amnion fluid volume menurut Sujiatini (2009).

- a. Pengaturan fisiologi aliran oleh fetus
- b. Pergerakan air dan larutan di dalam dan yang melintasi membrane
- c. Pengaruh maternal pada pergerakan cairan transplasenta

Oligohidramnion lebih sering ditemukan pada kehamilan yang sudah cukup bulan karena volume air ketuban biasanya menurun saat hamil sudah cukup bulan. Ditemukan pada sekitar 12% kehamilan yang mencapai 41 minggu.

2. Etiologi

Oligohidramnion berkaitan dengan kelainan ginjal janin, trisomi 21 atau 13 atau hipoksia janin Marmi (2011)

Penyebab rendahnya cairan ketuban seperti :

- a) Adanya masalah dengan perkembangan ginjal atau saluran kemih bayi yang menyebabkan produksi air seninya sedikit, hal ini akan membuat cairan ketuban rendah.
- b) Adanya masalah pada plasenta, karena jika plasenta tiak memberikan darah dan nutrisi yang cukup untuk bayi akan memungkinkan ia untuk berhenti mendaur ulang cairan.
- c) Ada kebocoran atau pecahnya dinding ketuban yang membuat air ketuban keluar dari rahim.
- d) Usai kehamilan sudah melewati batas, hal ini menyebabkan turunnya fungsi plasenta yang membuat cairan ketuban berkurang.
- e) Adanya komplikasi pada sang ibu misalnya dehidrasi, hipertensi, pre-eklamsia, diabetes dan hipoksia kronis.

Oligohidramnion dapat disebabkan pula oleh berbagai macam penyalit latrogenik seperti prosedur-prosedur yang dikerjakan pada janin (pengambilan sampel vili korionik atau amniosistesis) dan obat-obatan. Anamsesis yang baik mampu membantu menyingkirkan kemungkinan-kemungkinan ini. Obat anti inflamasi nonsteroid dan penghambat enzim konversi angiotensin sama-sama menurunkan perfusi ginjal sehingga dapat menyebabkan oligohidramnion.

Kelainan kongenital paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan system saluran kemih (kelainan ginjal bilateral dan obstruksi uretra) dan kelainan kromosom.

Insufisiensi plasenta disebabkan oleh apapun dapat menyebabkan hipoksia janin. Hipoksia janin yang berlangsung kronis akan memicu mekanisme redistribusi darah. Salah satu dampaknya adalah terjadi penurunan aliran darah ke ginjal, produksi urine berkurang dan terjadi oligohidramnion. (Sarwono, 2010).

3. Patofisiologi

Secara umum oligohidramnion berhubungan dengan:

- a) *Rupture membrane amnion atau rupture of amniotic membrane* artinya ketuban pecah dini atau cairan yang keluar atau merembes karena ketuban mengalami perobekan sehingga gerakan janin menyebabkan perut ibuterasa nyeri.
- b) Gangguan kongenital dan jaringan fungsional ginjal. Artinya oligohidramnion juga menyebabkan gagal ginjal bawaan, baik karena kegagalan pembentukan ginjal (agenesis ginjal bilateral) maupun karena penyakit lain pada ginjal yang menyebabkan ginjal gagal berfungsi.
- c) Anuria dan Oliguria

Dari beberapa kepustakaan juga menyatakan bahwa mekanisme atau patofisiologi terjadinya oligohidramnio dapat dikaitkan dengan adanya sindrom potter dan fenotip potter

adalah suatu keadaan kompleks yang berhubungan dengan ginjal bawaan dan berhubungan dengan oligohidramnion (cairan ketuban yang sedikit). Fenotip potter digambarkan sebagai suatu keadaan khas pada bayi yang baru lahir dimana cairan ketubannya sangat sedikit atau tidak ada. Oligohidramnion menyebabkan bayinya tidak memiliki bantalan terhadap dinding rahim menyebabkan gambar wajah yang khas (wajah potter) selain itu karena dilalam ruangan rahim sempit maka anggota gerak tubuh menjadi abnormal atau mengalami kontraktur dan terpaku pada posisi abnormal.

Gejala Sindroma Potter berupa:

- a) Wajah potter (kedua mata terpisah jauh, terdapat lipatan epikantus, pangkal hidung yang lebar, telinga yang rendah dan dagu yang tertarik kebelakang).
- b) Tidak terbentuk air kemih
- c) Gawat pernapasan

Oligohidramnion juga menyebabkan terhentinya perkembangan paru-paru (paru-paru hipoplastic) sehingga pada saat lahir, paru-paru tidak berfungsi sebagaimana mestinya. Pada sindrom potter, kelainan yang utama adalah gagal ginjal bawaan, baik karena kegagalan pembentukan ginjal maupun karena penyakit lain pada ginjal yang menyebabkan ginjal gagal berfungsi. Dalam keadaan normal, ginjal membentuk cairan ketuban (sebagai air kemih) dan

tidak adanya cairan ketuban menyebabkan gambaran yang khas pada sindroma potter.

4. Komplikasi

Menurut Manuaba (2007) komplikasi oligohidramnion dapat dijabarkan sebagai berikut:

1) Dari sudut maternal

Komplikasi oligohidramnion pada maternal praktis tidak ada kecuali akibat persalinannya oleh karena:

- a) Sebagian persalinannya dilakukan oleh induksi
- b) Persalinan dengan tindakan operasi sectio caesarea

Dengan demikian kompliksi maternal adalah komplikasi persalinan dengan tindakan yaitu perdarahan, infeksi, perlukaanjalan lahir.

2) Komplikasi terhadap janin adalah oligohidramnion menyebabkan tekanan langsung pada janin.

- a) Deformitas janin: leher terlalu menekuk miring, bentuk tulang kepala tidak bulat, deformitas ekstremitas, talipes kaki terpelintir keluar.
- b) Kompresi tali pusat langsung sehingga dapat menimbulkan fetal distress.
- c) Fetal distress menyebabkan terangsangnya nervus vagus dengan dikeluarkannya meconium semakin mengentalkan air ketuban. Oligohidramnion makin menekan dada sehingga saat lahir terjadi kesulitan bernapas karena paru

mengalami hipotonia. Selain itu sirkulasi yang sulit diatasi ini akibatnya mengakibatkan kematian janin.

5. Tanda dan Gejala Oligohidramnion Marmi dkk, (2011):

- 1) Janin dapat diraba dengan mudah saat palpasi
- 2) Tidak ada efek pantul (ballotement)
- 3) Penambahan tinggi fundus uteri berlangsung lambat, gejala dan tanda tersebut berdasarkan pada fakta cairan amnion yang ditemukan berada dibawah jumlah yang normal untuk usia kehamilan tersebut

6. Gambaran Klinis

Membagi gambaran klinis menjadi 7 bagian yaitu Marmi dkk, (2011):

- a. Uterus tampak lebih kecil dari usia kehamilan dan tidak ballotment
- b. Ibu merasa nyeri pada perut setiap pergerakan anak
- c. Sering berakhir dengan partus premature
- d. Bunyi jantung janin sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas
- e. Persalinan lebih lama dari biasanya
- f. Sewaktu his akan sakit sekali
- g. Bila ketuban pecah, air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar.

7. Akibat Oligohidramnion

- 1) Bila terjadi pada permulaan kehamilan maka janin dapat menderita cacat bawaan dan pertumbuhan janin dapat terganggu bahkan bisa terjadi partus prematurus yaitu picak seperti kertas kusut karena janin mengalami tekanan dinding rahim.
- 2) Bila terjadi pada kehamilan lebih lanjut dapat terjadi cacat bawaan karena tekanan kulit jadi kering.

8. Resiko kehamilan dengan Oligohidramnion

- 1) Resiko Ibu

Persalinan yang tidak sesuai dengan proses yang semestinya

- 2) Resiko janin

Hipoksia janin yang berhubungan dengan kompresi-kompresi tali pusat, karena tali pusat mempunyai sedikit cairan yang dapat membuatnya terapung.

Gangguan hipoplasi jaringan paru yang meningkat, jika kasus telah ada setelah gestasi.

9. Penatalaksanaan Oligohidramnion Manuaba (2010):

- 1) Penatalaksanaan pada ibu hamil:

- a. Istirahat yang cukup
- b. Perbaiki nutrisi dan cairan
- c. Pemantauan kesejahteraan janin
- d. Pemeriksaan USG.

Jumlah air ketuban bisa ditambah dari luar dengan melakukan amnioninfusion yaitu dengan memasukan

cairan NaCl melalui leher rahim sehingga dapat menurunkan angka SC pada kasus Oligohidramnion. (sujiyatini, 2010).

2) Penatalaksanaan pada ibu bersalin Manuaba (2010):

- a. Observasi DJJ
- b. Tirah baring
- c. Pemberian Induksi Persalinan

10. Pemeriksaan Penunjang Manuaba (2010):

Pemeriksaan penunjang yang biasa dilakukan:

- 1. USG ibu (menunjukkan Oligohidramnion serta tidak adanya ginjal janin atau ginjal yang sangat abnormal).
- 2. Rontgen perut bayi
- 3. Rontgen paru-paru bayi dan hitung pernapasan bayi.

2.3 Konsep Dasar Induksi persalinan

Induksi persalinan merupakan tindakan yang banyak dilakukan untuk mempercepat proses persalinan (Manuaba, 2010). Induksi partus adalah suatu upaya agar persalihan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang (stimulasi) timbulnya his (Mochtar, 1998) Induksi persalinan yaitu merangsang uterus untuk memulai terjadinya persalinan (Sarwono, 2010).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa persalinan induksi adalah tindakan atau upaya yang dilakukan untuk mempercepat proses persalinan.

2.3.1 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Induksi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi induksi persalinan menurut Manuaba (2010) yaitu:

1. Indikasi ibu
 - a. Preeklamsi –eklamsi
 - b. Kemungkinan kesempitan panggul
 - c. Ibu dengan penyakit seperti jantung, diabetes militus dan infeksi amnionitis.
2. Indikasi janin
 - a. Post term
 - b. Insufisiensi plasenta
 - c. IUFD
 - d. IUGR
 - e. Oligohidramnion
3. Indikasi selektif
 - a. Maturitas paru cukup
 - b. Kontraksi uterus tidak sempurna
 - c. Atas permintaan yang bersangkutan.
4. Maturitas paru cukup
 - a. Hidramnion
 - b. Hamil gemeli
 - c. Kontraksi uterus tak sempurna
 - d. Kepala masih melayang

2.3.2 Kontra indikasi induksi persalinan:

Menurut Manuaba, dkk (2007):

1. Overdistensi uteri
2. Sefalo pelvic disproporsi
3. Foetal distress dengan berbagai sebab.

2.3.3 Syarat induksi persalinan yang harus dipenuhi

Menurut Manuaba, dkk (2007):

1. Janin mendekati aterm
2. Tidak terdapat kesempitan panggul atau disproporsi sefalopelvik
3. Memungkinkan untuk lahir pervaginam
4. Janin dalam presentasi belakang kepala.

2.3.4 Metode Induksi dengan Oxytocin drip

Menurut Manuaba, dkk (2007) metode induksi oxytocin drip adalah:

1. Mulai dengan 8 tetes selama 15 menit
2. Dinaikan dengan interval 15 menit sebanyak 4 tetes sampai tercapai kontraksi optimal.
3. Tetesan maksimal 40 tetes.
4. Jumlah cairan seluruhnya 1000 cc glukosa 5%
5. Observasi detak jantung janin, his kontraksi otot rahim, penurunan bagian terendah.
6. Criteria gagal : dengan 1000cc tidak terjadi kontraksi
7. Di ulangi dengan interval 24-28 jam
8. Tindakan lanjut: memecahkan ketuban dan persalinan harus berakhir dalam waktu 6 jam (fraser) dan langsung seksio saesarea.

2.3.5 Komplikasi Induksi Persalinan

1. terhadap Ibu
 - a. kelelahan ibu dan krisis emosional
 - b. inersia uteri dan partus lama
 - c. atonia uteri (tamultous labour) yang dapat menyebabkan selution plasenta, rupture uteri dan laserasi jalan lahir lainnya
 - d. infeksi intra uterin
2. terhadap janin
 - a. trauma pada janin oleh tindakan
 - b. prolapsed tali pusat
 - c. infeksi intrapartal pada janin

2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan Pada Intrapartal Multigravida Dengan Oligohidramnion

2.4.1 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan dan keterampilan/tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien (Evi Sri Suryani, 2011)

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berpikir logis sistematis. Oleh karena itu manajemen kebidanan merupakan alur pikir

seorang Bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya (Evi Sri Suryani, 2011).

Pengertian Manajemen Kebidanan menurut beberapa sumber :

1) Menurut Depkes RI, 2005

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh Bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat.

2) Menurut Helen Varney, 1997

Manajemen Kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien.

2.4.2 Prinsip Manajemen Kebidanan

Varney (1997) menjelaskan bahwa prinsip manajemen adalah pemecahan masalah. Dalam text book masalah kebidanan yang ditulisnya pada tahun 1981, proses manajemen kebidanan diselesaikan melalui 5 langkah. Namun setelah menggunakannya, Varney melihat ada beberapa hal yang penting disempurnakan sehingga ditambahkan 2 langkah lagi untuk menyempurnakan teori 5 langkah yang dijelaskan terdahulu.

Varney mengatakan seorang Bidan dalam manajemen yang dilakukannya perlu lebih kritis untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial. Dengan kemampuan yang lebih kritis dalam

melakukan analisa, Bidan akan menemukan diagnosa atau masalah potensial ini. Kadangkala Bidan juga harus segera bertindak untuk menyelesaikan masalah tertentu dan mungkin juga melakukan kolaborasi, konsultasi bahkan mungkin harus segera merujuk kliennya. Varney kemudian menyempurnakan proses manajemen kebidanan 7 langkah. Ia menambahkan langkah ke III agar Bidan lebih kritis mengantisipasi masalah yang kemungkinan dapat terjadi pada kliennya.

Varney juga menambahkan langkah ke-IV dimana Bidan diharapkan dapat menggunakan kemampuannya untuk melakukan deteksi dini dalam proses manajemen sehingga bila klien membutuhkan tindakan segera atau kolaborasi, konsultasi bahkan rujuk segera dapat dilaksanakan. Proses Manajemen Kebidanan ini ditulis oleh Varney berdasarkan Proses Manajemen Kebidanan American College of Nurse Midwife (ACNM) yang pada dasar pemikirannya sama dengan proses manajemen menurut Varney.

2.4.3 Konsep asuhan kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan Oligohidramnion

1. Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dari kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (Muslihatun, 2009).

a. Data Subyektif

Data subyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan pada langkah pertama, terutama data yang diperoleh melalui anamnesa. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien (Muslihatun,2009).

1. Identitas umum ibu
2. Keluhan utama

Mendengar keluhan penderita sangat penting untuk pemeriksaan dan dapat memberi keterangan kearah diagnosis misalnya merasa nyeri saat pergerakan janin, dan saat his terasa sakit sekali. Rasa nyeri diperut, panggul, pinggang merupakan gejala dari beberapa kelainan. Dalam menilai gejala ini dapat dialami kesulitan karena faktor subyektifitas memegang peran penting, walaupun biasanya rasa nyeri sesuai dengan beratnya penderitaan. Perlu ditanyakan lamanya, terus-menerus atau berkala, sifatnya (seperti ditusuk-tusuk, mulas, ngilu, hebatnya dan lokaliasinya) (Manuaba,2010).

3. Riwayat Menstruasi

Haid merupakan peristiwa sangat penting dalam kehidupan wanita. Perlu diketahui menarche, siklus haid teratur atau tidak, banyaknya darah yang keluar waktu haid, lamanya haid disertai rasa nyeri atau tidak. Selalu harus ditanyakan tanggal haid terakhir yang masih normal. Jikalau haid terakhirnya tidak jelas normal, maka

perlu ditanyakan tanggal haid sebelum itu untuk mengetahui usia kehamilan (Sarwono,2010).

4. Data Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang terdapat keluhan yang sekarang. Pada kasus ibu hamil dengan oligohidramnion keluhanannya meliputi rasa nyeri pada setiap kali pergerakan janin tidak disertai tanda inpartu, dan setelah 1 jam tidak diikuti dengan proses inpartu (Manuaba,2007).

b. Riwayat penyakit terdahulu

Riwayat penyakit terdahulu apakah pernah mengalami kista ovarium, ketuban pecah dini sebagai diagnosis banding pada pasien oligohidramnion (Manuaba,2010).

5. Riwayat kehamilan

Untuk mengetahui berapa umur kehamilan, bagaimana letak janin, apakah sesuai dengan usia kehamilan atau tidak. Pada ibu dengan oligohidramnion tidak sesuai dengan usia kehamilan (Wiknjsastro,2010).

6. Data psikologis

Riwayat psikologis sangat penting dikaji untuk mengetahui kemungkinan adanya tanggapan pasien mengenai penyakit yang diderita.

b. Data Obyektif

Data obyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan terutama data yang diperoleh mengenai hasil informasi yang jujur dari pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostic lain (Manuaba,2009).

a) Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan umum sering didapat keterangan-keterangan yang menuju kearah tertentu dalam usaha membuat diagnostik (Manuaba,2009). Pemeriksaan setiap pasien mencakup suhu, nadi,tekanan darah, pernapasan dan evaluasi penampilan umum.

b) Pemeriksaan Fisik

Menurut Sujiyatini,2010 pemeriksaan fisik meliputi:

1) Inspeksi

Perlu diperhatikan bentuk, pemebesaran perut dan pergerakan janin, pernapasan, kondisi kulit perut (tebal,mengkilat,keriput, strie, pigmentasi, dan gambar vena), adanya bekas operasi (Manuaba,2010).

2) Palpasi

Pada pemeriksaan abdomen ukuran uterus tampak lebih kecil dari usia kehamilam dan tidak ballotemen dan bagian-bagian janin mudah diraba (Manuaba,2010).

3) Auscultasi

Untuk mendengar bunyi jantung janin, apakah jantung janin normal atau tidak, frekuensi jantung normal 120-160x/menit.

4) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk mendukung dalam penentuan diagnosa, pemeriksaan penunjang yaitu Pemeriksaan ultasonografi (USG) : Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus oligohidramnion terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit.

2. Interpretasi diagnosa dan masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnostik atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data-data yang telah di kumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik (Muslihatun,2009).

3. Mengantisipasi Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa ini berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila kemungkinan dilakukan pencegahan,sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah ini benar-benar terjadi (Muslihatun,2009).

4. Menetapkan kebutuhan tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Manuaba,2010).

- a. Observasi DJJ
- b. Tirah baring
- c. Pasang infuse

5. Menyusun perencanaan

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada data ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya (Muslihatun,2009).

6. Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dilangkah kelima harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bias dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Muslihatun,2009).

7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnose. Rencana tersebut dapat dianggap efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut lebih efektif, sedangkan sebagian belum efektif (Manuaba,2010).

2.4.3 Pendokumentasian Data Perkembangan

Pendokumentasian adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan

dilakukan pada seorang pasien, didalamnya tersirat proses pikiran bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan (Muslihatun 2009).

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data subyektif, O adalah data obyektif, A adalah Analisis/Assesment dan P adalah Penatalaksanaan, merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan (Muslihatun, 2009).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan .jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Hidayat.2010).

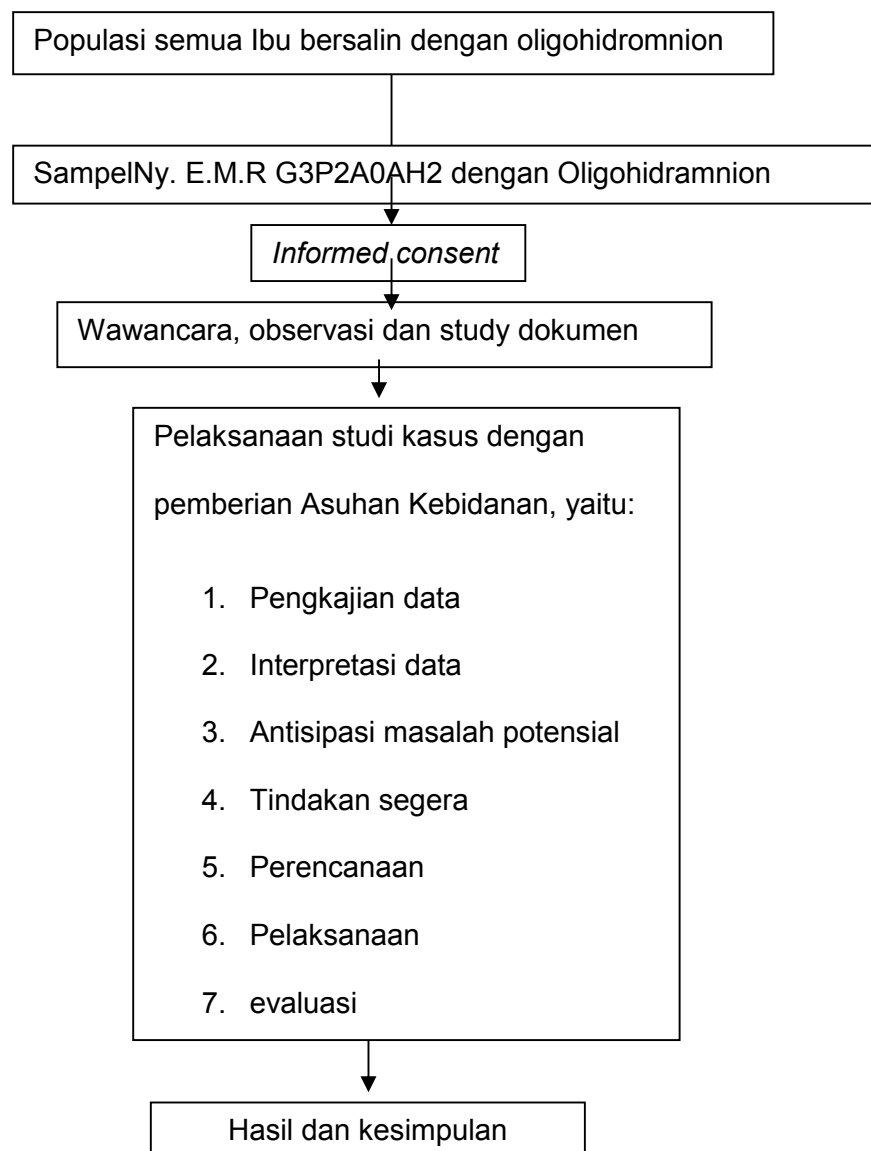
3.1.2 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variable dalam suatu penelitian. Rancangan penelitian yang di gunakan adalah rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian yang mendalam tentang individu, satu kelompok, satu organisasi, satu program kegiatan dan sebagainya dalam waktu tertentu. Studi kasus di lakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit yang menjadi kasus tertentu yang mendalam di analisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, factor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehungan dengan kasus, maupun tindakan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Notoatmodjo, 2005).

3.2 Kerangka Kerja (frame work)

Kerangka merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2010).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut



Gambar 3.2: Kerangka Kerja Penelitian Kasus Pada Ibu Dengan Oligihidramnion

3.3. Waktu dan tempat penelitian

1. Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 06-07 juli 2017.

2. Tempat penelitian

Lokasi studi kasus merupakan tempat dimana pengambilan kasus tersebut dilaksanakan (Notoatmodjo,2005). Penelitian ini dilakukan di Ruang Bersalin RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang.

3.4. Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang di teliti (Notoatmodjo, 2005). Populasi pada penelitian ini adalah Ibu dengan oligohidramnion yang sedang di rawat di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang.

3.4.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari seluruh objek yang diteliti dan di anggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Sampel dalam penelitian ini adalah seorang ibu inpartu dengan oligohidramnion di Ruang Bersalin RSUD. Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang.

3.5. Pengumpulan Data Dan Analisa Data

3.5.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Notoatmodjo,2005). Pengumpulan data menggunakan format pengkajian.

1. Proses Pengumpulan data

Setelah mendapatkan ijin dari Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan Ketua Prodi Kebidanan untuk studi kasus dilahan ditujukan kepada Kepala Ruangan Bersalin RSUD Prof. DR. W.Z Johanes Kupang untuk melakukan penelitian, peneliti melakukan permohonan ijin pada bidan yang bertugas diruang bersalin dan melakukan pendekatan pada calon responden dengan menjamin kerahasiaan identitas responden. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen dalam penelitian ini adalah menggunakan lembar pengkajian ibu hamil. Lembar pengkajian terdiri dari data subyektif dan obyektif. Untuk mendapatkan data subyektif maka dilakukan anamnesa atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan menanyakan beberapa pertanyaan, sedangkan untuk data obyektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

3. Informant (subyek penelitian)

Informant atau subyek penelitian dalam studi kasus ini adalah Ny.E.M.R Intrapartal Multigravida Dengan Oligohidramnion.

3.5.2 Analisa Data

Setelah data terkumpul peneliti dapat mulai mengagregasi, mengorganisasi dan mengklasifikasi data menjadi unit-unit yang dapat dikelola. Agregasi merupakan proses mengabstraksi hal-hal khusus menjadi hal-hal umum guna menemukan pola umum data. Data dapat diorganisasi secara kronologis, kategori atau dimasukkan kedalam tipologi. Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan sewaktu pengumpulan data dan setelah semua data terkumpul atau setelah selesai dilapangan (Hidayat, 2010).

3.6. Etika Penelitian

Masalah penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan, masalah etika yang harus diperhatikan antara lain:

1. Infroment Consent (persetujuan)

Infroment Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden peneliti dengan memberikan lembar persetujuan. Infroment Consent diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan Infroment Consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi ada dalam infroment consent adalah antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah

yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2. Anonymity (Tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Kerahasiaan (confidentiality)

Masalah ini merupakan etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat,2010).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Pengkajian

1. Data Subyektif

Pengkajian ini dilakukan pada hari rabu 05 juli 2017 pukul 21.45 Wita pada Ny. E.M.R usia 31 tahun, agama kristen protestan, asal dari Timor, pendidikan terakhir S1, pekerjaan Guru dan tinggal di Rote. Nama suami Tn. A.P, usia 34 tahun, agama kristen protestan, asal dari Rote, pekerjaan Guru tinggal bersama istri di Rote.

Ibu mengatakan ia di rujuk dari puskesmas Bakunase. Pasien datang dengan keluhan perut kencang-kencang serta nyeri di perut setiap kali janin bergerak sejak pukul 11.00 wita. Ibu mengatakan haid pertama umur 13 tahun, haid berlangsung teratur selama 5 hari dengan bersifat encer, mengganti pembalut 3 kali/hari. Hari pertama haid terakhir tanggal 21 september 2016 dan Tafsiran partus 28 juni 2017.

Ibu mengatakan sudah menikah syah 7 tahun, umur saat kawin 25 tahun, ibu mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi. Ibu mengatakan tidak pernah mngalami nyeri epigastrium, tidak pernah mengalami gangguan yang sangat berkaitan dengan sesak nafas, demam, muntah dan hipertensi.

Ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, hepatitis, penyakit jiwa, campak, malaria, HIV/AIDS dan tidak pernah dioperasi. Keluarga juga tidak pernah menderita penyakit jantung, hepatitis, penyakit jiwa, campak,

malaria, HIV/AIDS, tidak pernah dioperasi, tidak mempunyai keturunan kembar.

Keluarga sangat mendukung dengan kehamilan dan persalinan ini dan memberi support kepada ibu agar dapat menerima kondisinya dengan menjaga ibu selama dirawat di rumah sakit. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah Suami.

Perilaku kesehatan ibu selama hamil yaitu ibu tidak pernah merokok, tidak pernah minum minuman keras, tidak pernah mengkonsumsi obat terlarang, tidak pernah minum kopi. Ibu tidak memiliki pantangan makanan dan tidak ada kepercayaan tertentu yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan masa nifas.

Pola eliminasi yaitu BAB 1-2 kali/hari, warna kuning tidak ada keluhan; BAK 3-4 kali/hari berwarna kuning jernih dan tidak ada keluhan. Pola kebersihan diri yaitu mandi 2 kali/hari, gosok gigi 2 kali/hari, keramas rambut 3 kali/minggu, ganti baju/pakaian 2 kali/hari dan perawatan payudara sudah dilakukan setiap kali mandi.

2. Data Obyektif

Pemeriksaan data obyektif telah dilakukan dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut pemeriksaan umum yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmentis, bentuk tubuh lordosis, tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,9⁰c, nadi 80 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit, tinggi badan sebelum hamil dan sesudah hamil 150 cm, berat badan sebelum hamil 60 kg setelah hamil 64 kg, lingkaran lengan atas (lila) 25 cm.

Pemeriksaan palpasi abdomen terasa sakit bila ditekan. Palpasi Leopold Leopold I: TFU 3 jari dibawah prosesus xiphoideus (px), pada fundus

teraba bagian janin yang lunak, kurang bundar, kurang melenting (bokong). Leopold II: pada perut sebelah kanan ibu teraba bagian janin yang keras, datar, memanjang (punggung), pada perut bagian kiri ibu teraba bagian kecil janin. Leopold III: pada segman bawah rahim ibu teraba bagian janin yang keras, bundar, melenting ketika digerakan (kepala). Leopold IV: divergent, kepala sudah masuk PAP, penurunan kepala 4/5.

Pemeriksaan Auskultasi DJJ positif, terdengar jelas dibawah pusat pada perut sebelah kanan ibu, kuat, teratur, frekuensi 132 kali per menit, pada pemeriksaan perkusi refleks patella kiri/kanan positif.

Pada pukul 21.45 wita dilakukan pemeriksaan dalam hasilnya vulva/vagina tidak ada oedema dan tidak ada varises, tidak ada kelainan, tidak ada keputihan yang keluar, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, KK (+).

Pada pemeriksaan Lab, Hb: 13,3 gram%, golongan darah B, pemeriksaan khusus USG: janin tunggal hidup, intra uterin, letak kepala, dan ditemukan cairan ketuban sedikit (Oligohidramnion).

4.1.2 Analisa Masalah dan Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian data yang didapatkan diagnosanya yaitu GIII PII A0 AHII, UK 40-41 minggu, letak kepala, partus kala I fase laten dengan Oligohidramnion. Data dasar yang mendukung diagnosa ini adalah ibu mengatakan dirujuk dari puskesmas bakunase. Pasien datang dengan keluhan perut kencang-kencang dan nyeri di perut setiap kali janin bergerak

Data obyektif yang menunjang diagnosa adalah saat palpasi abdomen janin mudah teraba dengan jelas dan berdasarkan hasil USG ditemukan cairan ketuban terlihat sedikit.

Pemeriksaan fisik yaitu conjungtiva merah muda dan sclera putih, hidung tidak ada polip, mukosa bibir lembab dan tidak ada caries gigi, leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, payudara simetris kiri/kana, aerola hyperpigmentasi, putting susu menonjol kiri/kanan dan tidak lecet ada linea alba. Ektremitas bawah tidak ada oedema dan tidak ada varises, pengeluaran pervaginam tidak ada. Palpasi leopold I TFU 3 jari dibawah prosesus xipioideus (px), pada fundus teraba bagian janin yang lunak, kurang bundar, kurang melenting (bokong), leopold II pada perut sebelah kanan ibu teraba bagian janin yang keras, datar, memanjang (punggung), pada perut bagian kiri ibu teraba bagian kecil janin, leopold III pada segman bawah rahim ibu teraba bagian janin yang keras, bundar, melenting ketika digerakan (kepala), leopold IV divergent, kepala sudah masuk PAP, penurunan kepala 4/5.

Pada Auskultasi DJJ positif, terdengar jelas dibawah pusat pada perut sebelah kanan ibu, kuat, teratur, frekuensi 132 kali per menit, pada pemeriksaan perkusi refleks patella kiri/kanan positif.

Pada pukul 21.45 wita dilakukan pemeriksaan dalam hasilnya vulva/vagina tidak ada oedema dan tidak ada varises, tidak ada kelainan, tidak ada keputihan yang keluar, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, KK (+).

Pada pemeriksaan Lab, Hb: 13,3 gram%, golongan darah B, pemeriksaan khusus USG: janin tunggal hidup, intra uterin, letak kepala dan ditemukan cairan ketuban sedikit (Oligohidramnion).

4.1.3 Diagnosa dan Masalah Potensial

Antisipasi masalah potensial pada GIII PII A0 AHII, UK 40-41 minggu, letak kepala, partus kala I fase laten dengan Oligohidramnion yaitu resiko terjadinya partus lama.

4.1.4 Tindakan Segera

Tindakan segera dilakukan berdasarkan antisipasi masalah potensial yang terjadi pada ibu dengan oligohidramnion yaitu melakukan tugas mandiri bidan yaitu mengobservasi DJJ, mengobservasi His, dan berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian Induksi.

4.1.5 Perencanaan

Tanggal : 05 juli 2017

Pukul : 21.45 Wita

1. Lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga. Pendekatan merupakan cara yang efektif untuk menjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan.
2. Jelaskan pada ibu tentang nyeri yang dirasakan penyebab nyeri adalah kurangnya cairan ketuban menyebabkan bayinya tidak ada bantalan terhadap dinding rahim.
3. Ajarkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi. Tindakan relaksasi merupakan cara yang tepat untuk mengurangi rasa nyeri.
4. Informasikan ibu untuk mengosongkan kandung kemih bila ingin berkemih. Kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan bagian terendah janin.
5. Informasikan ibu untuk tidur miring kiri seperti kaki kiri diluruskan dan kaki kanan di tekuk. Tidur miring kiri dapat mengurangi tekanan pada

vena cava inferior sehingga sirkulasi darah dari plasenta ke janin tidak terhambat.

6. Berikan informed consent pada keluarga untuk persetujuan tindakan yang dilakukan.
7. Lakukan Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan tindakan lebih lanjut.
8. Lakukan observasi kemajuan persalinan. Observasi sangat penting untuk menentukan tindakan yang akan diberikan dan merupakan indicator dalam menilai kemajuan persalianan.
9. Siapkan alat dan bahan sesuai Saff serta persiapan alat dan bahan resusitasi. Alat dan bahan yang lengkap sesuai saff serta persiapan alat dan bahan resusitasi mempermudah penolong dalam melakukan tindakan pada ibu dan bayi.
10. Lakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN. Lakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN merupakan asuhan persalinan yang diberikan pada ibu dan bayi sesuai dengan protap. Lakukan dokumentasi terhadap tindakan yang dilakukan. Sebagai bukti pertanggung jawaban atas setiap tindakan yang dilakukan.

4.1.6 Pelaksanaan

Tanggal : 05-07-2017

Pukul : 21.00 wita

1. Melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga. Telah terjalin hubungan baik dan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan.
2. Menjelaskan pada ibu penyebab nyeri yang dirasakan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan.

3. Mengajarkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi yaitu ibu bernafas dari hidung lalu hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan. Ibu mengerti dan telah mengikuti sesuai informasi yang diberikan.
4. Menginformasikan ibu untuk tidur miring kiri kaki kiri diluruskan dan kaki kanan ditekuk. Ibu sudah tidur miring kiri.
5. Memberikan informed consent pada keluarga untuk persetujuan tindakan yang dilakukan. Keluarga sudah menanda tangani informed consent.
6. Melakukan kolaborasi dengan dokter. Instruksi dokter: pemasangan cairan infuse RL dan drip oksitosin 5 IU, diberikan dengan tetesan awal 4 tetes/menit dan tetesan maksimum 40 tetes/menit, Pantau DJJ dan His tiap 15 menit bila His kurang tetesan dinaikan 4 tetes.
7. Melakukan observasi kemajuan persalinan, hasilnya TTV. tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,9⁰c, nadi 80x/menit, RR 20 x/menit, pemeriksaan dalam dilakukan pada pukul 21.45 wita vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, kantong ketuban +, kontraksi kurang lebih 1 kali dengan durasi 20 detik, DJJ 132x/menit.
8. Menyiapkan alat dan bahan sesuai Saff serta persiapan resusitasi. Saff
 1. Baki berisi patrus set (hand scond steril, $\frac{1}{2}$ kocher, gunting tali pusat, gunting episiotomy, klem 2 buah, penjempit tali pusat 1 buah dan kassa secukupnya), fundus scope, betadin, kapas sublimat, air DTT, klorin, seprey, obat-obatan esensial dan dispo 1 cc, 3 cc dan jam. Saff 2 Baki berisi hecing set (gunting benang, pinset 2 buah, neeld fuder, dan kassa secukupnya). Benang cut gut chromic pada tempatnya, tensi meter, stetoskop, thermometer, dan tempat ampul bekas. Saff 3 keranjang berisi pakian bersih ibu dan bayi, untuk ibu celana dalam berisi pembalut,

kain 1 buah dan baju 1 buah sedangkan untuk bayi, kain 4 buah, baju, loyor 1 buah, sarung tangan beserta kaos kaki dan topi bayi, APD (topi, kaca mata, masker, celemek, dan sepatu boot). PI (tempat sampah medis dan nonmedis 2 buah, com berisi larutan clorin 0,5% dan com berisi air bersih, air sabun, com berisi air DTT), tempat pakian kotor. Alat resusitasi. Meja yang bersih datar, dan keras, 2 helai kain/handuk, bahan ganjal bahu bayi yaitu berupa kain, kaos selendang, handuk kecil digulung setinggi 5 cm dan mudah disesuaikan untuk mengatur posisi kepala bayi, alat pengisap lendir dee lee/bola karet. Tabung dan sungkup atau balon dan sungkup neonatal, kotak alat resusitasi, jam atau pencatat waktu, lampu sorot .

9. Melakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah asuhan persalinan normal.

Asesment II. Pada tanggal 06 juli 2017, pukul 11.00 Memastikan kelengkapan alat, Siapkan diri dan keluarga, melakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN.

- 1) Mengamati adanya tanda gejala persalinan kala II (doran, tekus, perjol, vulka)
- 2) Memeriksa kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan oksitosin dan memasukkan dispo 3 cc ke dalam partus set
- 3) Memakai celemek
- 4) Memastikan tangan tidak memakai perhiasan mencuci tangan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk bersih
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan dalam

- 6) Menggunakan sarung tangan kanan untuk memasukan oxytocin menggunakan dispo 3cc dan memasukkan kembali kedalam partus set
- 7) Melepaskan sarung tangan ganti dengan yang baru lalu membersihkan vulva dan perinium dengan kapas sublimat dan air DTT
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan untuk memastikan pembukaan lengkap.
- 9) Mendokumentasikan sarung tangn kedalam larutan klorin 0,5 %
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus, frekuensi 132x/menit
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran saat ada his
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk mentyiapkan posisi meneran yaitu setengah duduk
- 13) Melakukan pimpinan partus saat ibu mempunyai dorongan untuk meneran
- 14) Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman bila merasa ada dorongan untuk meneran
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu saat kepala sudah membuka vulva 5-6 cm
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
- 17) Membuka tutupan partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan

- 18) Memakai sarung tangan pada kedua tangan
- 19) Setelah tampak kepala janin dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi kain kering, tangan lain menahan posisi defleksi atau lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dileher dan tidak ada lilitan tali pusat.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar
- 22) Memegang kepala secara biparetal dengan lembut menggerakkan kepala kearah atas dan bawah untuk lahirkan bahu belakang
- 23) Saat kedua bahu lahir mengeser tangan bawah keatas perinium untuk menyangga kepala, lengan dan siku setelah kepala, lengan dan siku sebelah bawah
- 24) Setelah bahu dan lengan lahir tangan kiri menyusuri pinggang kearah bokong dan tungkai bawah bayi dan menyiapkan jari telunjuk tangan diantara kedua lutut bayi untuk memegang tungkai bawah
- 25) Melakukan penilaian sepiantas: Apakah bayi menangis kuat, bayi bergerak aktif, kulit bayi kemerahan.
- 26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian lainnya, kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, ganti handuk dengan kain kering.

Pukul 11.30 wita

Partus spontan, hidup, letak belakang kepala, jenis kelamin laki-laki langsung menangis , bernapas spontan, tonus otot baik, bayi cukup bulan.

- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi didalam uterus (hasilnya tidak ada)
- 28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik okxytocin agar uterus berkontraksi dengan baik
- 29) Menyuntikkan ocxytocin pada paha 1/3 bagian atas distal lateral
- 30) Jepit tali pusat dengan klem pertama, kira-kira 3cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat 2 cm dari klem pertama
- 31) Menggunting tali pusat diantara 2 klem, sambil memegang tali pusat untuk melindungi perut bayi dan mengikat tali pusat.
- 32) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain, memasang topi dikepala bayi, biarkan diatas perut ibu dan IMD
- 33) Memindahkan klem tali pusat hingga jarak 1 cm dari vulva
- 34) Meletakkan satu tangan diatas kain perut ibu dan tepi atas simpisis dan tangan lain memegang tali pusat.
- 35) Meregangkan tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati secara dorsal kranial
- 36) Melakukan peregangkan tali pusat terkendali dengan dorongan dorsal kranial hingga plasenta lahir
- 37) Setelah plasenta tampak pada vulva, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban

- 38) Melakukan masase pada fundus uteri dengan telapak tangan sampai uterus berkontraksi (uterus teraba keras) dengan gerakan melingkar selama 15 detik dengan 15 kali putaran searah jarum jam
- 39) Memeriksa bagian lateral dan bagian fetal dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa selaput kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap serta memasukkan plasenta kedalam tempat plasenta
- 40) Melakukan eksplorasi dan evaluasi adanya kemungkinan laktasi
Pukul 11.40 wita
Plasenta lahir spontan, selaput amnion corion, dan kotiledon lengkap, insersi tali pusat marginalis panjang ± 50 cm, tidak ada robekan jalan lahir, kontraksi uterus baik.
- 41) Memastikan uterus berkontraksi baik, tidak ada pendarahan pervaginam
- 42) Memastikan kandung kemih ibu dalam keadaan kosong
- 43) Mencilup sarung tangan kedalam larutan klorin serta mengeringkannya
- 44) Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase
- 45) Memeriksa nadi ibu tiap 15 menit pada satu jam pertama dan 30 menit kedua
- 46) Mengevaluasi pendarahan dan menganjurkan pemantauan yaitu 15 menit pada jam pertama dan 20 menit pada jam kedua
- 47) Memeriksa kembali bayi bernapas dengan baik dan suhu tubuh bayi dalam keadaan normal
- 48) Menempatkan peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 49) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai

- 50) Membersihkan ibu menggunakan air DTT, membersihkan sisa ketuban, lendir darah. Bantu ibu memakai pakian bersih dan kering
 - 51) Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk memberi ibu makan dan minum
 - 52) Mendekontaminasikan tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
 - 53) Mencelupkan sarung tangan kedalam larutan klorin dalam keadaan terbalik
 - 54) Mencuci tangan
 - 55) Memakai sarung tangan DTT untuk perawatan bayi
 - 56) Melakukan penimbangan, pengukuran bayi, memberi salep mata oxitetrasiklin 1% dan penyuntikan Vit K pada paha kiri bayi setelah 1 jam postpartum
 - 57) Menyuntikkan HBO pada paha kanan bayi setelah satu jam dari pemberian Vit K pada paha kiri bayi setelah 1 jam postpartum
 - 58) Melepaskan sarung tangan
 - 59) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih
 - 60) Melengkapi partograf
- M/ persalinan menggunakan 60 langkah APN sudah dilaksanakan
- 10 Melakukan dokumentasi terhadap tindakan yang dilakukan
- M/ dokumentasi telah dilakukan

4.1.7 Evaluasi

Pada tanggal 06 juli 2017, pukul 11.00 vulva vagina tidak ada kelainan dan membuka, portio tidak teraba (10 cm) lengkap, posisi UUK kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge IV. DJJ 140 x/menit, kontraksi uterus 5 kali dengan durasi 50 detik.

Pukul 11.30 wita bayi lahir spontan, hidup, jenis kelamin laki-laki langsung menangis , bernapas spontan, tonus otot baik, berat lahir 2700 gram, panjang badan 46 cm, LK: 30 cm, LD 33 cm, bayi cukup bulan.

Pukul 11.40 wita Plasenta lahir spontan, selaput amnion corion, dan kotiledon lengkap, tidak ada robekan jalan lahir, kontraksi uterus baik.

Melakukan pemeriksaan keadaan umum post partum 2 jam, PPV, dan TTV. Ibu. TD 120/80 mmHg, RR 20x/menit, nadi 81 x/menit, suhu 37,0c, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uteru baik, PPV \pm 150 cc, keadaan umum ibu baik. Bayi RR: 40x/menit, suhu: 36,8⁰c, penyuntikan HBO di paha kanan. keadaan umum bayi baik.

4.2 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan penulis akan menjelaskan tentang praktek teori yang dilakukan Di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang tanggal 05 s/d 07 juli 2017. Dengan teori yang ada, sehingga dapat diketahui keberhasilan proses manajemen kebidanan yang telah dilaksanakan. Berdasarkan data-data yang didapatkan penulis telah melakukan analisis data dengan menggunakan prinsip-prinsip manajemen asuhan kebidanan, pengkajian data dasar.

1. Pengkajian.

a. Subyektif

Pada kasus ini pasien datang dengan keluhan perut kencang-kencang serta nyeri di perut setiap kali janin bergerak, pergerakan janin sering dan kuat. Hal ini sesuai Mochtar (1998) biasanya tanda-tanda Oligohidramnion yang timbul adalah perut ibu kelihatan kurang besar, denyut jantung janin terdengar sedini mungkin, ibu merasa nyeri di perut setiap kali janin bergerak. Pada kasus oligohidramnion didapatkan nyeri di perut setiap kali janin bergerak, karena kurangnya cairan maka pergerakan anak akan menyulitkan ibu.

b. Obyektif

Pada kasus ini didapatkan data obyektif adalah pada saat palpasi abdomen, janin mudah teraba dengan jelas dan berdasarkan hasil USG ditemukan cairan ketuban terlihat sedikit. Hal ini sesuai Marmi dkk (2011), oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban sangat sedikit atau kurang dari normal yaitu kurang dari 500 cc. Oligohidramnion menyebabkan bayinya tidak ada bantalan terhadap dinding rahim menyebabkan gambar wajah yang khas.

2. Analisa Masalah dan Diagnosa

Diagnosa kebidanan pada kasus ini adalah Ibu Inpartu GII PII A0 AHII, UK 40-41 minggu dengan Oligohidramnion. Dengan penunjang data subyektif: ibu mengatakan perut kencang-kencang serta nyeri di perut setiap kali janin bergerak, sedangkan data penunjang obyektif: keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, TD: 110/80 mmHg, RR: 20x/menit, N: 80x/menit, palpasi TFU 3 jari dibawah PX, janin teraba jelas, dan dari hasil USG ketuban

terlihat sedikit. Hal ini sesuai yang dikatakan Sarwono (2010) untuk menegakan suatu diagnosa atau masalah kebidanan berdasarkan pendekatan asuhan kebidanan yang didukung dan ditunjang oleh beberapa data, baik data sunyektif maupun data obyektif. Menurut Marmi dkk (2011) gejala oligohidramnion adalah ibu merasa nyeri perut saat janin bergerak, saat palpasi janin mudah teraba dengan jelas, sewaktu His akan terasa sakit sekali.

3. Antisipasi Masalah potensial

Antisipasi Masalah Potensial Pada Kasus intrapartal multigravida dengan Oligohidramnion yaitu partus lama. Menurut Sarwono, (2010) Persalinan (partus) lama adalah ditandai dengan fase laten lebih dari 8 jam, persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih tanpa kelahiran bayi, dan dilatasi serviks di kanan garis waspada partograf, disebabkan kelainan His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

Pada kasus intrapartal multigravida dengan oligohidramnion mengalami gejala partus lama, yaitu his yang tidak normal dan his muncul pada saat bayi bergerak.

4. Tindakan segera

Pada kasus ini tindakan segera yang dilakukan adalah Memberikan induksi oksitosin 5 IU, diberikan dengan tetesan awal 4 tetes/menit dan pantau DJJ secara ketat, sehingga tidak terjadi komplikasi pada ibu dan janin sesuai instruksi Dokter spOG. Hal ini sesuai yang dikatakan Marmi dkk (2011) oligohidramnion adalah suatu keadaan air ketuban sangat sedikit yakni berkurang dari normal yaitu kurang dari 500 cc, karena sedikitnya air ketuban

dapat menyebabkan terjadi hubungan langsung antara membrane dengan janin sehingga dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang janin intrauterin, sehingga pada langkah ini harus dibutuhkan tindakan yang cepat dan tepat untuk kepentingan dan keselamatan jiwa ibu dan anak.

5. Perencanaan

Perencanaan pada kasus ini adalah:

1. Informasikan pada ibu tentang oligohidramnion yang dialaminya. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan Robson (2011) informasi pada ibu yang mengalami oligohidramnion diberikan motivasi dan dukungan mental pada ibu.
2. Informasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Robson (2011), bahwa informasikan pada ibu hasil pemeriksaan keadaan umum ibu, TTV, dan pemeriksaan laboratorium.
3. Berikan informed consent pada keluarga untuk persetujuan tindakan yang dilakukan. Hal ini sesuai yang dikatakan Manuaba, (2010) informed consent adalah hubungan antara dokter dengan pasien berdasarkan kepercayaan, adanya hak otonomi atau menentukan nasib ats dirinya sendiri, dan adanya hubungan perjanjian antar dokter dan pasien.
4. Beritahu ibu untuk tidur miring ke kiri. Hal ini sesuai yang dikatakan oleh Marmi ,dkk (2011) posisi tidur yang baik pada ibu hamil trimester III adalah tidur miring kiri karena janin akan mendapatkan aliran darah dan nutrisi yang lebih maksimal
5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian induksi drip oksitosin. Induksi persalinan adalah suatu upaya agar persalinan mulai berlangsung

sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang (stimulasi) timbulnya His (Mochtar, 1998).

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan yang dilakukan pada kasus oligohidramnion di ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang adalah:

1. Menginformasikan pada ibu tentang oligohidramnion yaitu oligohidramnion adalah terjadinya kekurangan atau penurunan cairan amnion (ketuban) yang mengelilingi janin dalam rahim. Air ketuban berperan penting dalam perkembangan janin, sehingga kekurangan cairan ini bias menyebabkan sindrom potter yang ditandai dengan tampilan fisik janin atau bayi yang tidak biasa seperti hidung melebar, dagu rendah, telinga tampak lebih rendah dari bayi normal serta gangguan lainnya (Marmi,dkk 2011)
2. Memberikan informed consent pada keluarga untuk persetujuan tindakan yang dilakukan: keluarga sudah menanda tangani informed consent
3. Memberikan asuhan sayang ibu yang meliputi: dukungan moril pada ibu agar ibu tidak khawatir karena persalinan normal bias terjadi: ibu merasa senang dan lebih tenang dengan dukungan moril yang diberikan.
4. Membantu ibu untuk mengambil posisi berbaring yang nyaman mungkin untuk mengurangi kecemasan ibu sebelum persalinan
5. Melakukan kolaborasi dengan Dokter: Advis Dokter yaitu: Memberikan induksi oksitosin 5 IU, diberikan dengan tetesan awal 4 tetes/menit dan tetesan maksimum 40 tetes/menit, Pantau tetesan, DJJ, dan His tiap 15 menit.

6. Melakukan tindakan mandiri Bidan yaitu mengobservasi kemajuan persalinan yaitu TTV 110/80 mmHg, suhu: 36,9⁰c, N: 80x/menit, DJJ: terdengar jelas, kuat dan teratur 132x/menit.
7. Menyiapkan alat dan bahan sesuai Saff serta persiapan alat dan bahan resusitasi. Alat dan bahan yang lengkap sesuai saff serta persiapan alat dan bahan resusitasi mempermudah penolong dalam melakukan tindakan pada ibu dan bayi.
8. Melakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN. Lakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN merupakan asuhan persalinan yang diberikan pada ibu dan bayi sesuai dengan protap.
9. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan tindakan pada status ibu: hasil pemeriksaan dan tindakan telah didokumentasikan pada status ibu.

7. Evaluasi

Hasil perencanaan dan pelaksanaan yang dilakukan pada Ny. E.M.R dengan oligohidramnion adalah dilakukan pertolongan persalinan normal dan bayi lahir dengan keadaan baik, bayi lahir hidup langsung menangis, gerakan aktif, jenis kelamin laki-laki, keadaan umum ibu baik, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam ± 100 cc, tanda-tanda vital normal. Hal ini sesuai dengan Evaluasi yang diharapkan menurut Sudarti (2010) persalinan berjalan normal atau bayi lahir secara spontan, keadaan umum ibu dan bayi normal. Selain itu, gejala dan tanda patologis dapat dikenali serta tatalaksana sesuai kebutuhan, penggunaan partograf secara tepat dan seksama untuk semua ibu dalam proses persalinan, agar tercapai penurunan kematian/kesakitan ibu dan bayi dan penanganan kegawatdaruratan obstetric secara tepat.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan Oligohidramnion Di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Penulis dapat mengambil kesimpulan adalah sebagai berikut:

1. Pada pengkajian data subyektif yang dilakukan pada Ny. E. M.R didapatkan adalah ibu hamil anak ketiga, sudah pernah melahirkan, tidak pernah keguguran dan ibu merasakan perut kencang-kencang serta nyeri pada perut saat adanya pergerakan janin, dan pergerakan janin dirasakan sering dan kuat, pada data obyektif yang didapat adalah saat palpasi janin dapat diraba dengan jelas dan hasil USG ditemukan cairan ketuban sedikit.
2. Dari hasil pengkajian baik data subyektif, Obyektif dan pemeriksaan penunjang yang didapatkan pada Ny. E.M.R maka analisa masalah dan diagnosanya yaitu ibu Inpartu GII PII A0 AHII UK 40-41 minggu dengan oligohidramnion.
3. Masalah potensial pada Ny. E.M.R yaitu partus lama.
4. Tindakan segera pada Ny. E.M.R adalah melakukan tugas mandiri Bidan yaitu observasi His, DJJ dan berkolaborasi dengan dokter SpOG.
5. Perencanaan asuhan pada Ny. E.M.R yaitu informasikan hasil pemeriksaan, jelaskan tanda bahaya dari oligohidramnion, beriakan dukungan moril, anjurkan ibu tidur miring ke kiri, KIE tentang tindakan yang akan dilakukan, dan kolaborasi dengan dokter SpOG untuk pemberian drip oksitosin.
6. Pelaksanaan asuhan pada Ny. E.M.R yaitu melaksanakan sesuai perencanaan yaitu menginformasikan hasil pemeriksaan, menjelaskan tanda

bahaya oligohidramnion, memberikan ibu dukungan moril, menganjurkan ibu tidur miring ke kiri, memberikan KIE tentang tindakan yang akan dilakukan, melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG untuk pemberian infus dan drip oksitosin dan melakukan pertolongan persalinan 60 langkah APN.

7. Hasil perencanaan dan pelaksanaan yang dilakukan pada Ny. E.M.R dengan oligohidramnion adalah dilakukan pertolongan persalinan secara normal dan bayi lahir dengan baik, bayi lahir hidup langsung menangis, gerakan aktif, jenis kelamin laki-laki, *Apgar score* 8/9. Keadaan umum ibu baik, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam ± 50 cc, tanda-tanda vital normal. Bayi dan ibu dirawat gabung di ruang bersalin dan dipindahkan di ruang sasando. Tanggal 07-07-2017 pasien pulang dalam kondisi baik, kontrol tanggal 10-07-2017, gagal dan penyulit. Setelah di evaluasi keadaan ibu tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

5.2 Saran

1. Bagi Profesi

Diharapkan bidan lebih profesional dalam melakukan asuhan kebidanan pada kasus oligohidramnion dengan menggunakan pendekatan 7 langkah manajemen Kebidanan.

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan mahasiswa mampu meningkatkan ilmu pengetahuan tentang ilmu kebidanan khususnya asuhan kebidanan pada oligohidramnion atau kasus-kasus lainnya dalam ilmu kebidanan agar mampu menerapkan teori dalam praktek dilapangan.

3. Bagi penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan dalam menyediakan asuhan kebidanan komprehensif dan berbasis evidence pada ibu hamil dengan oligohidramnion.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadiat. 2007. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya
- Estiwidani, dwiana dkk. 2009. *Konsep Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: fitramaya
- Hidayat, Asri dan Sujiatini. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*.Yogyakarta: Nuha Medika
- Madriwati,dkk. 2017. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: EGC
- Marmi,dkk.2011. *Kamar Bidan*. Jakarta Salemba Medika
- Manuaba,dkk.2010. *Obstetri*. Jakarta: EGC
- Manuaba I.B.G, dkk. 2007. *pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC
- Manuaba, Ida Bagus. 1998. *Penuntun Kepaniteraan Kilink Obstetric dan Ginekologi*. Jakarta: penerbit buku kedokteran. EGC
- Marisah.2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika
- Mochtar Rustam. 1998 *Sinopsis Obstetri*. Jakarta:EGC
- Muslihatun, dkk. 2009. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya
- Notoatmodjo.2010. *Metedologi Penelitian Kesehatan*. Bandung: Alfabeta
- Nugraheny, Esti,dkk.2010. *Sinopsis Obstetri*. Yogyakarta: Fitramaya
- Nugroho, Taufan. 2010.*Kasus Emergensi Kebidana*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Prawiroharjo. 2008. *Sinopsis Obstetri*. Yogyakarta: EGC
- Rohani, Wiliam. 2011. *Patologi dan fisiologi Persalinan*.Yogyakarta: Yayasan Esentia Medika
- Robson. Elisabeth.2011. *Patologi pada Kehamilan*. Jakarta: EGC
- Saifudin, dkk.2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta: Penerbit Yayasan Bina Pustaka
- Sarwono, 2010. *Ilmu Bedah Kebidanan Edisi 1*. Jakarta: EGC

- Suryani E.S. 2011. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta. Nuha Medika
- Varney Helen,dkk 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta:EGC
- Varney Helen. 1997. *Buku Saku Bidan*. Jakarta:EGC
- Wiknjosastro. 2010. *Ilmu Bedah Kebidanan Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Wiknjosastro. 2006. *Ilmu Bedah Kebidanan Edisi 1*. Jakarta: EGC

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri
Kupang

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswi jurusan Kebidanan STIKes CHM – Kupang jalur umum angkatan VII mengadakan studi kasus pada ibu bersalin dengan **ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN OLIGOHDAMNION DI RUANG BERSALIN RSUD. PROF. Dr. W.Z.JOHANES KUPANG**, untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama suami untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu.

Partisipasi ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasi dan kerja samanya saya mengucapkan terima kasih.

Hormat Saya

Resymega S. Wadu Bire

ASUHA KEBIDANAN
PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA
DENGAN OLIGOHYDRAMNION

1. Pengkajian

Tanggal pengkajian : 05-07-2017
Oleh Mahasiswa : Resymega S. Wadu Bire
Jam : 21.45 wita

A. Biodata

Nama Ibu	: Ny. E. M. R	Nama Suami	: Tn. R. M
Umur	: 34 Tahun	Umur	: 36 Tahun
Agama	: Kristen Protestan	Agama	: Kristen Protestan
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Guru	Pekerjaan	: Guru
Penghasilan	: -	Penghasilan	: -
Alamat	: Jl. Banteng	Alamat	: Jl. Banteng

B. Data Subyektif

1. Keluhan Utama: Ibu mengeluh perut kencang-kencang dan nyeri pada perut setiap kali janin bergerak.

2. Riwayat Haid

a. Menarche	: 14 tahun
b. Siklusnya	: 28 hari
c. Lamanya	: 7 hari
d. Dismenorrhoe	: tidak

- e. Banyaknya : 2-3 x ganti pembalut sehari
- f. Teratur/tidak : teratur
- g. HPHT : 21-09-2016
- h. Taksiran Persalinan : 28-06-2017
- i. Usia kehamilan : 41 minggu

3. Riwayat Perkawinan

- a. Status Perkawinan : syah
- b. Lamanya Kawin : 6 tahun
- c. Umur saat kawin : 25 tahun
- d. Berapa Kali Kawin : 1 kali

4. Riwayat kehamilan sekarang

- a. Pergerakan anak dirasakan sejak : UK 16 minggu
- b. ANC berapa kali : 6 kali
- c. Tempat ANC : Puskesmas Korbafo
Kab. Rote Ndao
- d. Pergerakan dalam 24 jam terakhir : dirasakan sering dan kuat

5. Riwayat Persalinan yang Lalu

No	Tahun	Kehamilan		Persalinan			Anak			Nifas (perdarahan)
		Umur Kehamilan	Penyulit	Tempat	Caraka	Penolong	Jenis Kelamin	BB	Ket	
1.	2011	Normal	Aterm	Bidan	Rs	LH	♂	2.600	sehat	normal
2	2013	Normal	Aterm	Bidan	RS	LH	♂	3.200	sehat	normal

3	GIII	PII	A0	AHII						
---	------	-----	----	------	--	--	--	--	--	--

6. Riwayat keluarga berencana

- a. KB yang pernah digunakan : tidak ada
- b. Lamanya : -
- c. Efek samping :-
- d. Alasan berhenti : -

7. Riwayat kesehatan

Penyakit yang pernah diderita oleh ibu/pasien:

- a. Jantung : tidak pernah
- b. Hipertensi : tidak pernah
- c. Hepatitis : tidak pernah
- d. Jiwa : tidak pernah
- e. Campak : tidak pernah
- f. Varicela : tidak pernah
- g. Malaria : tidak pernah
- h. PMS/HIV/AIDS :tidak pernah
- i. Apakah pernah transfusi :tidak pernah
- j. Apakah pernah alergi obat : tidak ada
- k. Lain-lain : tidak ada

8. Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

- l. Jantung : tidak pernah
- m. Hipertensi : tidak pernah
- n. Hepatitis : tidak pernah
- o. Jiwa : tidak pernah
- p. Campak : tidak pernah
- q. Varicela : tidak pernah

- r. Malaria : tidak pernah
- s. PMS/HIV/AIDS :tidak pernah
- t. Apakah pernah transfusi :tidak pernah
- u. Apakah pernah alergi obat : tidak ada
- v. Lain-lain : tidak ada

9. Keadaan psikososial

- a. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini : ibu dan keluarga senang dengan kehamilan ini.
- b. Dukungan dari keluarga : mengantar ibu memeriksakan kehamilannya dan menyediakan segala kebutuhan ibu
- c. Beban kerja dan kegiatan sehari-hari : memasak membersihkan rumah, mencuci, dan mengajar di sekolah.
- d. Jenis persalinan yang diharapkan : normal
- e. Pengambilan keputusan dalam keluarga: suami
- f. Perilaku kesehatan:
 - Rokok : tidak pernah
 - Konsumsi obat terlarang : tidak pernah
 - Minum kopi : kadang-kadang

10. Latar belakang budaya

- a. Kebiasaan melahirkan di tolong oleh : bidan
- b. Pantangan makanan : tidak ada
- c. Kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan: tidak ada
- d. Kepercayaan yang berhubungan dengan nifas : tidak ada

11. Riwayat seksual

- a. Apakah ada pefubahan pada poa seksual:
- b. TM I : tidak ditanyakan
- c. TM II : tidak ditanyakan

d. TM III : tidak ditanyakan

e. Apakah ada penyimpangan/kelainan seksual: tida ada

12. Riwayat diet atau makanan

a. Jenis makanan pokok : nasi, sayur, ikan, daging.

b. Porsinya : 1-2 piring/hari

c. Frekuensi makanan : 3-4x/hari

d. Minuman susu dan air putih : 6-8 gelas/hari

e. Keluhan : tidak ada

13. Riwayat pola eliminasi

a. BAK

Frekuensi : 4-5x/hari

Warna : kuning

Bau : khas amoniak

Keluhan : tidak ada

b. BAB

Frekuensi : 1-2x/hari

Warna : kuning

Bau : khas feses

Konsisten : lembek

Keluhan : tidak ada

14. Riwayat pola istirahat

a. Tidur siang : 1-2 jam/hari

b. Tidur malam : 7-8 jam/hari

c. Riwayat kebersihan diri :

Mandi : 2x/hari

Sikat gigi : 2x/hari

Ganti pakian dalam : 2x/hari

Ganti pakian luar : 2x/hari

Perawatan payudara : digunakan sehabis mandi

Menggunakan minyak baby oil

C. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Bentuk tubuh : lordosis
- d. Ekspresi wajah : meringis kesakitan
- e. Tanda-tanda Vital :
 - TD: 110/80 mmHg nadi: 80x/menit
 - Suhu: 36,9 °c RR: 20x/menit
- f. TB : 150 cm
- g. BB sebelum hamil : 60 kg
- h. BB saat hamil : 64 kg
- i. Lila : 25 cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

- Kepala : bersih , tidak ada oedema, tidak ada kelainan
- Rambut : bersih, tidak ada ketombe
- Wajah :
 - Bentuk : oval
 - Pucat : tidak
 - Cloasma gravidarum : tidak ada
 - Oedema : tidak
- Mata :
 - Conjungtiva : merah muda

Sclera : putih

➤ Hidung:

Reaksi alergi : tidak ada

Lainnya : tidak ada

➤ Mulut

Mukosa bibir : lembab

Warna bibir : merah muda

Stomatitis/sariawan : tidak ada

➤ Gigi

Kelengkapan gigi : lengkap

Caries gigi : tidak ada

➤ Tenggorokan

Warna : merah muda

Tonsil : tidak ada

➤ Leher

Adanya pembesaran kelenjar limfe : tidak ada

Adanya pembesaran kelenjar thyroid : tidak ada

Adanya pembendungan vena jugularis : tidak ada

➤ Dada

Bentuk : simetris, tidak ada kelainan

Mamae : simetris, aerola hyperpigmentasi, puting

Susu menonjol ka/ki +

➤ Perut

Bentuk : membesar sesuai usia kehamilan

Linea alba : ada

Bekas luka operasi : tidak ada

➤ Ekstremitas

Atas : simetris, jari-jari tangan lengkap, tidak ada

Kelainan

Bawah : simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises

➤ Vulva, Vagina dan anus

Bentuk : simetris

Ppv : lendir

Varises : tidak ada

Haemoroid : tidak ada

b. Palpasi

- Kepala

- Leher:

- ✓ Adanya pembesaran kelenjar limfe : tidak ada

- ✓ Adanya pembesaran kelenjar thyroid : tidak ada

- ✓ Adanya pembendungan vena jugularis : tidak ada

- Dada

Mamae colostrums : ki+/ka+

- Perut

- ✓ Leopold I: TFU 3 jari dibawah prosesus xipoides (px), pada fundus teraba bagian janin yang lunak, kurang bundar, kurang melenting (bokong).

- ✓ Leopold II: pada perut sebelah kanan ibu teraba bagian janin yang keras, datar, memanjang (punggung), pada perut bagian kiri ibu teraba bagian kecil janin.

- ✓ Leopold III: pada segman bawah rahim ibu teraba bagian janin yang keras, bundar, melenting ketika digerakan (kepala).
- ✓ Leopold IV: divergent, kepala sudah masuk PAP, penurunan kepala 4/5.
- ✓ Mc Donald TFU 29 cm
- ✓ TBBA 2790 gram

c. Auskultasi

- DJJ : + ada, teratur, dan terdengar jelas
- Frekuensi : 132x/menit

d. Perkusi

- Reflex patella : tidak dilakukan

D. Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 05-07-2017 Jam: 21.45 wita ` oleh: Bidan

- ❖ Vulva : tidak ada kelainan
- ❖ Vagina : tidak ada kelainan
- ❖ Portio : tebal lunak
- ❖ Pembukaan : 1 cm
- ❖ Kantong ketuban : + utuh

E. Pemeriksaan Laboratorium

- ❖ Darah
- HB : 13,3 gram%
- Golongan darah : B

F. Pemeriksaan Khusus

USG : Dokter spOG (04 juli 2017)

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Diagnosa	Data Dasar
<p>Ibu Inpartu</p> <p>G3P2A0AH2 UK:</p> <p>40-41 minggu, kala</p> <p>1 fase laten dengan</p> <p>Oligohidramnion</p>	<p>DS : Ibu mengatakan hamil anak ketiga, dengan</p> <p>dengan keluhan perut kencang-kencang dan</p> <p>nyeri di perut setiap kali janin bergerak sejak</p> <p>siang tadi (05-07-2017 pukul 11.00 wita).</p> <p>HPHT : 21-09-2016</p> <p>DO : TP: 28-06-2017</p> <p>KU: meringis kesakitan</p> <p>Kesadaran: composmentis</p> <p>TTV : TD : 110/80 mmHg, suhu :36,9 °c, nadi : 80x/menit, RR: 20X/menit.</p> <p>Inpeksi :</p> <p>Kepala bersih, tidak ada benjolan, aerola</p> <p>mamae hiperpigmentasi, puting susu</p> <p>menonjol,colostrums kanan/kiri positif,</p> <p>tidak ada luka operasi, vulva vagina tidak</p> <p>ada kelainan, ada pengeluaran lendir</p> <p>darah.</p> <p>Palpasi :</p> <p>✓ Palpasi Leopold I hasilnya</p> <p>Tinggi fundus uteri 3 jari</p> <p>bawah px (29 cm).</p> <p>✓ Leopold II pada perut ibu</p> <p>bagian kanan teraba keras,</p> <p>datar dan memanjang</p>

	<p>seperti papan, pada perut Ibu bagian kiri teraba bagian ekstremitas janin.</p> <p>✓ Leopold III pada perut ibu bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak melenting, sudah masuk pintu atas panggul.</p> <p>✓ Pada Leopold IV divergen, penurunan kepala 4/5.</p> <p>Auskultasi : DJJ + terdengar jelas dan teratur</p> <p>Frekuensi : 132x/menit</p> <p>Perkusi :</p> <p>Reflex patella : Tidak dilakukan.</p> <p>Pemeriksaan dalam : v/v tidak ada kelainan, portio tebal, pembukaan 1 cm, KK +.</p>
--	---

II. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Resiko terjadinya partus lama

III. TINDAKAN SEGERA

Tindakan segera dilakukan berdasarkan antisipasi masalah potensial yang terjadi pada ibu dengan oligohidramnion yaitu mengobservasi DJJ, observasi His, pro Induksi.

IV. PERENCANAAN

Tanggal : 05-07-2017

Jam : 21.45 wita

1. Lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga.

R/ Pendekatan merupakan cara yang efektif untuk menjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan.

2. Jelaskan pada ibu tentang nyeri yang dirasakan penyebab nyeri adalah kurangnya cairan ketuban menyebabkan bayinya tidak ada bantalan terhadap dinding rahim.

3. Ajarkan ibu untuk melakukan tindakan relaksasi.

R/ Tindakan relaksasi merupakan cara yang tepat untuk mengurangi rasa nyeri.

4. Informasikan ibu untuk mengosongkan kandung kemih bila ingin berkemih.

R/ Kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan bagian terendah janin.

5. Informasikan ibu untuk tidur miring kiri seperti kaki kiri diluruskan dan kaki kanan di tekuk.

R/Tidur miring kiri dapat mengurangi tekanan pada vena cava inferior sehingga sirkulasi darah dari plasenta ke janin tidak terhambat.

6. Berikan informed consent pada keluarga untuk persetujuan tindakan yang dilakukan.

7. Lakukan Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan tindakan lebih lanjut.

8. Lakukan observasi kemajuan persalinan.

R/ Observasi sangat penting untuk menentukan tindakan yang akan diberikan dan merupakan indikator dalam menilai kemajuan persalinan.

9. Siapkan alat dan bahan sesuai Saff serta persiapan alat dan bahan resusitasi.

R/ Alat dan bahan yang lengkap sesuai saff serta persiapan alat dan bahan resusitasi mempermudah penolong dalam melakukan tindakan pada ibu dan bayi.

10. Lakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN.

R/ Lakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN merupakan asuhan persalinan yang diberikan pada ibu dan bayi sesuai dengan protap.

11. Lakukan dokumentasi terhadap tindakan yang dilakukan.

R/ Sebagai bukti pertanggung jawaban atas setiap tindakan yang dilakukan.

V. PELAKSANAAN

Tanggal : 05-07-2017

Jam : 21.45 wita

1. Melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga.

M/ Telah terjalin hubungan baik dan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan.

2. Menjelaskan pada ibu penyebab nyeri yang dirasakan.

M/ Ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan.

3. Mengajarkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi yaitu ibu bernafas dari hidung lalu hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.

M/ Ibu mengerti dan telah mengikuti sesuai informasi yang diberikan.

4. Menginformasikan ibu untuk tidur miring kiri kaki kiri diluruskan dan kaki kanan ditekuk.

M/ Ibu sudah tidur miring kiri.

5. Memberikan informed consent pada keluarga untuk persetujuan tindakan yang dilakukan.

M/ Keluarga sudah menanda tangani informed consent.

6. Melakukan kolaborasi dengan dokter. Instruksi dokter: pemasangan cairan infuse RL dan drip oksitosin 5 IU, diberikan dengan tetesan awal 4 tetes/menit jam 22.30 wita, telah diberikan dan pantau DJJ dan His tiap 15 menit, bila His kurang tetesan dinaikan 4 tetes menjadi 8 tetes, sampai pukul 00.45 wita 40 tetesan.

7. Melakukan observasi kemajuan persalinan. M/ Terlampir pada lembar observasi hasilnya TTV. tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,9°C, nadi 80x/menit, RR 20 x/menit, pemeriksaan dalam dilakukan pada pukul 21.45 wita vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, kantong ketuban +, kontraksi kurang lebih 1 kali dengan durasi 20 detik, DJJ 132x/menit.

8. Menyiapkan alat dan bahan sesuai Saff serta persiapan resusitasi.

- a. Saff 1. Baki berisi patrus set (hand scold steril, $\frac{1}{2}$ koher, gunting tali pusat, gunting episiotomy, klem 2 buah, penjempit tali pusat 1 buah dan kassa secukupnya), fundus scope, betadin, kapas sublimat, air DTT, klorin, seprey, obat-obatan esensial dan dispo 1 cc, 3 cc dan jam.

- b. Saff 2 Baki berisi hecing set (gunting benang, pinset 2 buah, neeld fuder, dan kassa secukupnya). Benang cut gut chromic

pada tempatnya, tensi meter, stetoskop, thermometer, dan tempat ampul bekas.

- c. Saff 3 keranjang berisi pakian bersih ibu dan bayi, untuk ibu celana dalam berisi pembalut, kain 1 buah dan baju 1 buah sedangkan untuk bayi, kain 4 buah, baju, loyot 1 buah, sarung tangan beserta kaos kaki dan topi bayi, APD (topi, kaca mata, masker, celemek, dan sepatu boot). PI (tempat sampah medis dan nonmedis 2 buah, com berisi larutan clorin 0,5% dan com berisi air bersih, air sabun, com berisi air DTT), tempat pakian kotor.
 - d. Alat resusitasi. Meja yang bersih datar, dan keras, 2 helai kain/handuk, bahan ganjal bahu bayi yaitu berupa kain, kaos selendang, handuk kecil digulung setinggi 5 cm dan mudah disesuaikan untuk mengatur posisi kepala bayi, alat pengisap lendir dee lee/bola karet. Tabung dan sungkup atau balon dan sungkup neonatal, kotak alat resusitasi, jam atau pencatat waktu, lampu sorot .
9. Melakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah asuhan persalinan normal.
- Asesment II. Pada tanggal 06 juli 2017, pukul 11.00 Memastikan kelengkapan alat, Siapkan diri dan keluarga, melakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN.
- 1) Mengamati adanya tanda gejala persalinan kala II (doran, teknus, perjol, vulka)
 - 2) Memeriksa kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan oksitosin dan memasukkan dispo 3 cc ke dalam partus set

- 3) Memakai celemek
- 4) Memastikan tangan tidak memakai perhiasan mencuci tangan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk bersih
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan dalam
- 6) Menggunakan sarung tangan kanan untuk memasukan oxytocin menggunakan dispo 3cc dan memasukkan kembali kedalam partus set
- 7) Melepaskan sarung tangan ganti dengan yang baru lalu membersihkan vulva dan perinium dengan kapas sublimat dan air DTT
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan untuk memastikan pembukaan lengkap.
- 9) Mendokumentasikan sarung tangn kedalam larutan klorin 0,5 %
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus, frekuensi 132x/menit
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran saat ada his
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk mentyiapkan posisi meneran yaitu setengah duduk
- 13) Melakukan pimpinan partus saat ibu mempunyai dorongan untuk meneran
- 14) Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman bila merasa ada dorongan untuk meneran
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu saat kepala sudah membuka vulva 5-6 cm

- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
- 17) Membuka tutupan partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
- 18) Memakai sarung tangan pada kedua tangan
- 19) Setelah tampak kepala janin dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi kain kering, tangan lain menahan posisi defleksi atau lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dileher dan tidak ada lilitan tali pusat.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar
- 22) Memegang kepala secara biparetal dengan lembut menggerakkan kepala kearah atas dan bawah untuk lahirkan bahu belakang
- 23) Saat kedua bahu lahir mengeser tangan bawah keatas perinium untuk menyangga kepala, lengan dan siku setelah kepala, lengan dan siku sebelah bawah
- 24) Setelah bahu dan lengan lahir tangan kiri menyusuri pinggang kearah bokong dan tungkai bawah bayi dan menyiapkan jari telunjuk tangan diantara kedua lutut bayi untuk memegang tungkai bawah
- 25) Melakukan penilaian sepiantas: Apakah bayi menangis kuat, bayi bergerak aktif, kulit bayi kemerahan.
- 26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian lainnya, kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, ganti handuk dengan kain kering.

Pukul 11.30 wita

Partus spontan, hidup, letak belakang kepala, jenis kelamin laki-laki langsung menangis , bernapas spontan, tonus otot baik, bayi cukup bulan.

- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi didalam uterus (hasilnya tidak ada)
- 28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik okxytocin agar uterus berkontraksi dengan baik
- 29) Menyuntikkan ocxytocin pada paha 1/3 bagian atas distal lateral
- 30) Menjepit tali pusat dengan klem pertama, kira-kira 3cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat 2 cm dari klem pertama
- 31) Menggunting tali pusat diantara 2 klem, sambil memegang tali pusat untuk melindungi perut bayi dan mengikat tali pusat.
- 32) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain, memasang topi dikepala bayi, biarkan diatas perut ibu dan IMD
- 33) Memindahkan klem tali pusat hingga jarak 1 cm dari vulva
- 34) Meletakkan satu tangan diatas kain perut ibu dan tepi atas simpisis dan tangan lain memegang tali pusat.
- 35) Meregangkan tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati secara dorsal kranial
- 36) Melakukan peregangan tali pusat terkendali dengan dorongan dorsal kranial hingga plasenta lahir
- 37) Setelah plasenta tampak pada vulva, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban

- 38) Melakukan masase pada fundus uteri dengan telapak tangan sampai uterus berkontraksi (uterus teraba keras) dengan gerakan melingkar selama 15 detik dengan 15 kali putaran searah jarum jam
- 39) Memeriksa bagian lateral dan bagian fetal dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa selaput kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap serta memasukkan plasenta kedalam tempat plasenta
- 40) Melakukan eksplorasi dan evaluasi adanya kemungkinan laktasi
- Pukul 11.40 wita
- Plasenta lahir spontan, selaput amnion corion, dan kotiledon lengkap, insersi tali pusat marginalis panjang ± 50 cm, tidak ada robekan jalan lahir, kontraksi uterus baik.
- 41) Memastikan uterus berkontraksi baik, tidak ada pendarahan pervaginam
- 42) Memastikan kandung kemih ibu dalam keadaan kosong
- 43) Mencilup sarung tangan kedalam larutan klorin serta mengeringkannya
- 44) Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase
- 45) Memeriksa nadi ibu tiap 15 menit pada satu jam pertama dan 30 menit kedua
- 46) Mengevaluasi pendarahan dan menganjurkan pemantauan yaitu 15 menit pada jam pertama dan 20 menit pada jam kedua
- 47) Memeriksa kembali bayi bernapas dengan baik dan suhu tubuh bayi dalam keadaan normal
- 48) Menempatkan peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

- 49) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai
- 50) Membersihkan ibu menggunakan air DTT, membersihkan sisa ketuban, lendir darah. Bantu ibu memakai pakian bersih dan kering
- 51) Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk memberi ibu makan dan minum
- 52) Mendekontaminasikan tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
- 53) Mencilupkan sarung tangan kedalam larutan klorin dalam keadaan terbalik
- 54) Mencuci tangan
- 55) Memakai sarung tangan DTT untuk perawatan bayi
- 56) Melakukan penimbangan, pengukuran bayi, memberi salep mata oxitetrasiklin 1% dan penyuntikan Vit K pada paha kiri bayi setelah 1 jam postpartum
- 57) Menyuntikkan HBO pada paha kanan bayi setelah satu jam dari pemberian Vit K pada paha kiri bayi setelah 1 jam postpartum
- 58) Melepaskan sarung tangan
- 59) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih
- 60) Melengkapi partograf

M/ persalinan menggunakan 60 langkah APN sudah dilaksanakan

10. Melakukan dokumentasi terhadap tindakan yang dilakukan

M/ dokumentasi telah dilakukan

VII. EVALUASI

1. Tanggal 06 juli 2017, pukul 11.00 vulva vagina tidak ada kelainan dan membuka, portio tidak teraba (10 cm) lengkap, posisi UUK kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge IV. DJJ 140 x/menit, kontraksi uterus 5 kali dengan durasi 50 detik.
2. Pukul 11.30 wita bayi lahir spontan, hidup, letak belakang kepala, jenis kelamin laki-laki langsung menangis , bernapas spontan, tonus otot baik, berat lahir 2700 gram, panjang badan 46 cm, LK: 30 cm, LD 33 cm, bayi cukup bulan.
3. Pukul 11.40 wita Plasenta lahir spontan, selaput amnion corion, dan kotiledon lengkap, tidak ada robekan jalan lahir, kontraksi uterus baik.
4. Melakukan pemeriksaan keadaan umum post partum 2 jam, PPV, dan TTV. Ibu. TD 120/80 mmHg, RR 20x/menit, nadi 81 x/menit, suhu 37⁰c, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, PPV ±150 cc, keadaan umum ibu baik. Bayi RR: 40x/menit, suhu: 36,8⁰c, penyuntikan HBO di paha kanan. keadaan umum bayi baik.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal	Jam	Asuhan Yang di Berikan
06-07-2017	14.00 wita	<p>S: ibu mengatakan perut terasa mules serta nyeri pada jalan lahir</p> <p>O: KU: baik, Kesadaran: Composmentis</p> <p>TTV: TD: 120/80mmHg N: 82x/menit</p> <p>S: 36,7 °c RR: 20x/menit</p> <p>TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, 1x ganti pembalut, lochea rubra, ASI ki+/ka+.</p> <p>A: Ibu P3A0AH3, post partum normal 2 jam</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan keadaan umum dan TTV, Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga menerima informasi yang diberikan. 2. Menginformasikan ibu untuk makan dan minum, seperti nasi, sayur, ikan , serta mengkonsumsi air putih dan susu. Ibu mau melakukan sesuai yang diberikan. 3. Menginformasikan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur. Ibu mengerti dan mau melakukannya. 4. Menginformasikan ibu untuk mengganti pembalut sesering mungkin. Ibu mengerti dan mau melakukannya 5. Menginformasikan ibu untuk membarikan ASI sesering mungkin pada bayinya. 6. Menjelaskan pada ibu dan keluarga untuk mempersiapkan diri untuk pindah keruang sasando. Ibu dan keluarga mengerti dan siap pindah keruang sasando.
07-07-2017	09.00 wita	S: ibu mengatakan tidak ada keluhan

		<p>O: KU: baik, Kesadaran: Composmentis</p> <p>TTV: TD: 120/70 mmHg N: 80x/menit</p> <p>S: 36,7 °c RR: 20x/menit</p> <p>TFU: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan 1 kali ganti pembalut, lochea rubra, ASI ka+/ki+ meningkat.</p> <p>A: P3A0AH3, post partum normal 1 hari</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan keadaan umum dan TTV, menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga dan keluarga menerima informasi yang diberikan. 2. Melakukan observasi terhadap kontraksi uterus, dan PPV. Ibu menerima informasi yang diberikan 3. Menginformasikan pada ibu untuk mengganti pembalut sesering mungkin jika sudah terasa penuh. Ibu bersedia melakukannya 4. Menginformasikan ibu untuk membarikan ASI sesering mungkin pada bayinya. 5. Menginformasikan ibu untuk makan dan minum, seperti nasi, sayur, ikan , serta mengkonsumsi air putih dan susu. Ibu mau melakukan sesuai yang diberikan. 6. Menginformasikan ibu untuk minum obat secara teratur dan sesuai dosis, Amoxillin 3 x 500 mg/ per oral, SF 1 x 200 mg/per oral, Paracetamol 3 x 500 mg/per oral <p>Menyiapkan pasien untuk visite dokter, mengikuti visit dokter Agus, SpOG untuk memfasilitasi pasien pulang.</p>
	10.40 wita	

LEMBAR OBSERVASI

Tanggal Jam	His		DJJ	TD	SUHU	NADI	VT
	Barap a kali	Durasi /lama					
05-07-2017 Pukul 22.10 wita	1 kali	20 detik	140 x/menit	-	-	81x/menit	-
22.40 wita	1 kali	20 detik	132 x/menit	-	-	82x/menit	-
23.10 wita	1-2 kali	20 detik	145x/m enit	-	-	80x/menit	-
23.40 wita	1-2 kali	20 detik	145 x/menit	-	-	85x/menit	--
06-07-2017 Pukul 00.10 wita	1-2 kali	20 detik	132x/m enit	-	-	80x/menit	-

00.40 wita	1-2 kali	20	140x /menit	-	-	87x/menit	-
01.00 wita	1-2 kali	20 detik	143 x/menit	110/70 mmHg	36,7 ^o c	80x/menit	v/v tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, KK + letak kepala, tidak ada molase, TH I
01.30 wita	2 kali	20 detik	142 x/menit	-	-	80 x/menit	-
02.00 wita	2 kali	30 detik	145 x/menit	-	-	85 x/menit	-
02.30 wita	3 kali	35 detik	148 x/menit	-	-	80 x/menit	-
03.00 wita	3 kali	35 detik	146 x/menit	-	-	85 x/menit	-
03.30 wita	3 kali	35 detik	145 x/menit	-	-	83x/menit	-
04.00 wita	3 kali	35 detik	144 x/menit	-	-	82x/menit	-
04.30 wita	3 kali	35 detik	142 x/menit	-	-	85x/menit	-
05.00 wita	3 kali	40 detik	144 x/menit	120/80 mmHg	37 ^o c	80 x/menit	v/v tidak ada kelainan, portio tebal lunak pembukaan 4 cm, KK +, letak

							kepala, posisi UUK kanan depan, tidak ada moase, TH II
05.30 wita	3 kali	35 detik	136 x/menit	-	-	80 x/menit	-
06.00 wita	3 kali	35 detik	140 x/menit	-	-	85 x/menit	-
06.30 wita	3 kali	35 detik	145x/m enit	-	-	80 x/menit	-
07.00 wita	3 kali	35 detik	145 x/menit	-	-	85 x/menit	-
07.30 wita	3 kali	35 detik	143 x/menit	-	-	83x/menit	-
08.00 wita	4 kali	40 detik	145 x/menit	-	-	80x/menit	-
08.30 wita	4 kali	40 detik	140 x/menit	-	-	85x/menit	-
09.00 wita	4 kali	45 detik	148 x/menit	120/80 mmHg	37 ^o c	80 x/menit	v/v tidak ada kelainan, portio tebal lunak pembukaan 6 cm, KK +, letak kepala, posisi UUK kanan depan, tidak ada moase, TH III
09.30 wita	4 kali	45 detik	140 x/menit	-	-	87 x/menit	-

10.00 wita	5 kali	45 detik	145 x/menit	-	-	85 x/menit	-
10.30 wita	5 kali	45 detik	134 x/menit	-	-	80x/menit	-
11.00 wita	5 kali	50 detik	140 x/menit	120/80 mmHg	-	80 x/menit	v/v tidak ada kelainan, portio tipis pembukaan lengkap 10 cm, KK pecah spontan, letak kepala, posisi UUK kanan depan, tidak ada molase, TH IV.